



BEDRE LIV MED ARTROSE - EN FOLKESYGDOM MED SLAGSIDE

Peter Mindegaard og Søren Thorgaard Skou

2014:14

Bedre Liv med Artrose – en folkesygdom med slagside

Patientuddannelse og træning til borgere i Hvidovre Kommune
med artrose i knæ og hofter og kort eller ingen uddannelse

Peter Mindegaard
Søren Thorgaard Skou

Bedre Liv med Artrose – en folkesygdom med slagside: Patientuddannelse og træning til borgere i Hvidovre Kommune med artrose i knæ og hofter og kort eller ingen uddannelse

af Peter Mindegaard og Søren Thorgaard Skou

Peter Mindegaard

Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund,
Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet

Søren Thorgaard Skou

Forskningsenheden for Muskuloskeletal Funktion og Fysioterapi,
Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet

og

Ortopædkirurgisk Forskningsenhed,
Aalborg Universitetshospital

Udgivet 2014

ISBN 978-87-93192-22-5

Serie: Movements, 2014:14

Serieudgiver: Institut for Idræt og Biomekanik

Forsidefoto: Getty Images

Forsidelayout: UniSats

Opsætning: Lone Bolwig

Tryk: Print & Sign, Odense

Indhold

Forord	5
Samlet resume	6
Økonomisk perspektivering	8
Omkostningerne ved et kommunalt GLA:D tilbud.....	9
Introduktion til undersøgelsen	10
Formål og delmål	10
Målgruppe.....	10
Rekruttering.....	11
Undersøgelsens gennemførelse	11
SLID-projektet	11
Fastholdelse	12
Uddannelse af undervisere	12
Kvantitativ evaluering.....	13
Effektevaluering	13
Demografiske data og kliniske karakteristika ved første besøg	14
Effektparametre i SLID-projektet (første besøg og follow-up efter 3 måneder)	16
Funktionsniveau	17
Livskvalitet	18
Medicinforbrug og ønske om operation (n=52).....	19
Compliance (deltagelse) og deltagertilfredshed	19
Delkonklusion: kvantitativ evaluering	20
Kvalitativ evaluering	22
Evaluering af deltagernes oplevelse af projektet	22
Rekrutteringskanaler	23
Erfaringer med fysisk aktivitet.....	25
Deltagernes aktivitet i projektet	31
Efter projektet, erfaringer og barrierer.....	33
Vedrørende deltagere med tilknytning til arbejdsmarkedet (Hold 4-5).....	35
Delkonklusion: Evaluering af deltagernes oplevelse af projektet	36
Procesevaluering af projektets implementering	37
Fremtidig implementering	40
Brobygning til andre tilbud	42
Funktionsevne, smertereduktion og bedre livskvalitet	43
Delkonklusion: procesevaluering af projektets implementering.....	44
Samlet konklusion og økonomisk perspektivering	45
Konklusion	45

Litteratur	46
Bilag 1, Interviewguide, deltagere	48
Bilag 2, Procesevaluering	49
Bilag 3, Spørgeskema deltagere, kvalitativ evaluering	51

Forord

Mennesker, der enten har en kort eller ingen uddannelse, udvikler oftere artrose end andre, samtidig med at de har sværere ved at tage hånd om deres sygdom. En medvirkende årsag hertil er fysisk belastende arbejde samt en ofte usund livsstil.

Gigtforeningen og Hvidovre Kommune har ønsket at gøre noget ved problemet og har i samarbejde med Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet (SDU), afprøvet den svenske udviklede artroseskole, som i Danmark er kompletteret med neuromuskulær træning, og benævnes GLA:D (Godt Liv med Artrose i Danmark). Formålet var at finde en metode til at reducere den sociale ulighed både i forhold til konsekvenserne af sygdommen og i den forebyggende behandling. Da knæ- og hofteartrose er to af de hyppigst forekommende artroseformer, er skolen målrettet mennesker med artrose i disse led. GLA:D-konceptet er oversat og tilpasset danske forhold af professor Ewa Roos og ph.d.-studerende Søren Thorgaard Skou fra SDU. Desuden har Ewa Roos og Søren Thorgaard Skou oprettet en national klinisk database med henblik på opsamling af data, monitorering og forskning i forbindelse med en national implementering af GLA:D-konceptet. Data fra denne undersøgelse vil indgå i den samlede forskning og udvikling af GLA:D-konceptet.

I projektet i Hvidovre Kommune har der været særlig fokus på tre forhold. For det første er der fokus på at indhente organisatorisk erfaring om, hvordan (dele af) projektet efterfølgende kan implementeres i Hvidovre Kommune. For det andet er der fokus på at gøre noget ved den ulighed, der er i sundhed i forhold personer med korterevarende uddannelser. Og for det tredje er der fokus på at nedbringe smerter, give større funktionsevne og øge livskvaliteten hos deltagerne. Projektet i Hvidovre kaldes ”SLID – God træning mod slidgigt” og gennemføres fra december 2012 til december 2014 med midler, som Sundhedsstyrelsen har tildelt Gigtforeningen efter ansøgning.

Det landsdækkende GLA:D-projekt består af patientuddannelse og træning, målrettet personer med knæ- og hoftesmerter. SLID indeholder patientuddannelse og træning, som i GLA:D-projektet, men har fokus på patientgrupper med ingen eller kort uddannelse, samt på implementering af GLA:D i en kommunal kontekst.

Inklusionskriterierne i SLID-projektet er:

- Smerter i knæ og/eller hofter. Ingen eller korterevarende uddannelse.
- Alder 40+.
- Tilknytning til arbejdsmarkedet/eventuelt sygemeldt (Hold 4-5).

I SLID er GLA:D blevet suppleret med:

- Undervisning om mad og måltider af en diætist.
- Kortlægning og formidling af relevante tilbud om idræt og træning i Hvidovre kommune.
- Individuelle samtaler for at hjælpe med at fastholde de gode vaner.
- Gratis tilbud om at fortsætte træningen i kommunens motionscenter (hvor SLID blev afholdt)
- Sparring fra terapeuterne med hensyn til sundhedspædagogik, socialfaglig afgrænsning og sundhedsfaglig støtte fra sundhedscentrets øvrige faggrupper (sygeplejerske, diætist).

Samlet resume

Deltagerne i projektet i Hvidovre er lidt yngre, mere overvægtige, har en kortere uddannelse og har haft problemer med deres knæ eller hofte længere tid, end den generelle befolkning med artrose i Danmark (Skou & Roos 2014). Dette antyder, at det er den rigtige målgruppe, der er ramt med projektet i Hvidovre.

Sammenlignes projektet i Hvidovre med den generelle befolkning i Hvidovre Kommune (Hvidovre Kommune 2014) ser man, at deltagerne i projektet er både mere overvægtige og mindre fysisk aktive end borgerne i Hvidovre Kommune generelt. Således er 93,2 % overvægtige (ud af de overvægtige er 52,7 % svært overvægtige) og 59 % fysisk aktive mindre end 30 minutter dagligt i SLID-projektet i Hvidovre, mens kun 48 % af borgerne i Hvidovre Kommune er overvægtige (heraf 27 % svært overvægtige), og kun 34 % er fysisk aktive i mindre end 30 minutter dagligt (Hvidovre Kommune 2014). Der er derfor al mulig grund til at rette ekstra fokus på artrosepatienterne i kommunen og tilbyde målrettede behandlingstilbud i form af GLA:D for at imødekomme problemet.

SLID-projektet i Hvidovre viser, at GLA:D forbedrer deltageres smerte, funktion og livskvalitet. 98 % af deltagerne er tilfredse med forløbet, deltog i begge uddannelsessessioner, deltog i 10-12 af de i alt 12 træninger samt anvender det lærte på daglig basis. GLA:D er således både effektivt, brugbart og muligt at implementere i en kommunal kontekst til borgere med knæ- eller hofteartrose. Deltagerne på Hold 4-5, der alle fortsat har tilknytning til arbejdsmarkedet (ca. halvdelen er sygemeldt), ser ud til at have en ekstra god effekt af GLA:D. Internationale studier angiver, at en forbedring i symptomer på minimum 15 % er en klinisk relevant forbedring (Hurley et al. 2012; Villadsen et al. 2014). Således kan effekten for både Hold 1-3 (15 %) og Hold 4-5 (47 %) siges at være klinisk relevant, hvilket understreger potentialet af en tidlig indsats overfor målgruppen med henblik på at reducere omkostningerne for både patient og samfund. Specielt antyder det, at borgere med knæ- eller hofteartrose med tilknytning til arbejdsmarkedet (sygemeldte og ikke sygemeldte) med fordel kan tilbydes GLA:D fremadrettet, også for at forbedre deres muligheder for at genoptage deres arbejde. Samtidig understreger projektet, at svært overvægtige ($BMI \geq 30$) også får en betydelig smertereduktion efter GLA:D.

Deltagerevalueringen viste, at deltagerne generelt set var glade for uddannelsen og træningen. Samtidig viste den hen mod, at der var tale om to meget forskellige grupper, når der ses på, hvilke ressourcer deltagerne på henholdsvis Hold 1-3 og Hold 4-5 havde. Den første gruppe bestod overvejende af lidt ældre personer, der, trods forskellige skavanker, havde en del ressourcer at gøre godt med. Denne gruppe bestod af borgere, der var forholdsvis aktive, og som i en vis forstand havde mulighed for at deltage i lignende tilbud. Den anden gruppe bestod primært af personer, der havde meget få ressourcer til rådighed. Dette forhold kan henføres til den kombination, der er, mellem at have en permanent sygdom, samtidig med at de skal klare et arbejde. Samtidig viste det sig, at holdtræningen var et stort incitament for deltagerne til at komme til træningen, da de på den måde følte sig forpligtigede af fællesskabet. Samtidig udgjorde den indbyrdes konkurrence, der var på holdene, også et incitament til, at man i større grad fik udført øvelser derhjemme. Endelig var det et fælles træk for alle, at de havde et ønske om, at man også efter projektet kunne træne på hold og samtidig kunne komme til forskellige former for kontrol. Der var således konsensus om, at det er vigtigt at

blive holdt op på sin træning, ellers får man ikke udført den.

Procesevalueringen viste, at SLID-projektet er blevet afviklet efter et veltilrettelagt skema, der bygger på et professionelt og gennemarbejdet materiale. Der har ikke været brug for at ændre på mange ting i projektets løb. Den største udfordring, man har stået over for, har været i forbindelse med rekrutteringen, hvor det viste sig forholdsvis svært, at skaffe deltagere til Hold 4-5. Årsagerne hertil er flere: Det er ikke i tilstrækkelig grad lykkedes at motivere kommunens medarbejdere til at opspore og rekruttere deltagere; på grund af den forholdsvis korte projektperiode har man ikke fået henvist deltagere fra de praktiserende læger; flere potentielle deltagere ser ikke sig selv som deltagere i et artroseprojekt, jævnfør deres opfattelse af artrose som en tilstand; man har i projektet koncentreret sig om de kommunale arbejdspladser, hvor man i en opfølgning yderligere vil kunne inddrage kommunens private arbejdspladser i rekrutteringen. Derudover står man nu med en udfordring, da det skal besluttes, i hvilket omfang elementer af GLA:D skal implementeres i den daglige kommunale drift. Der er, fra de flestes side, et ønske om, i en eller anden form at føre dele af projektet videre, samtidig med at der er uklarhed over, hvilken måde det skal gøres på.

Rapporten er opdelt i tre afsnit, hvor Søren Thorgaard Skou er ansvarlig for effektevalueringen og Peter Mindegaard er ansvarlig for deltager- og procesevalueringen.

Økonomisk perspektivering

Den samfundsmæssige byrde af artrose forventes at stige kraftigt i den nære fremtid. Et dansk studie forudsiger som følge af den demografiske udvikling, at 17 % flere vil have artrose i 2020 i forhold til 2013. Udover at artrose kan have alvorlige konsekvenser for den enkelte, så mister samfundet også mange penge hvert år på grund af artrose. Artrose koster samfundet 6,8 mia. kr., når der ses på produktionstab og behandlingsudgifter. Kigges der på, hvad artrose koster de offentlige kasser i form af for eksempel sygedagpenge, førtidspension og behandlingsudgifter løber det op i 11,5 mia. kroner. Artrose er altså meget dyrt for samfundet som helhed – både i form af sygdommeldinger, produktionstab, pensioner, medicin og behandlinger. Det understreger vigtigheden af et paradigmeskift fra symptombehandling mod forebyggelse, som eventuelt kan opnås ved en øget satsning på bl.a. træning, patientuddannelse og vægttabstilbud.

Det landsdækkende initiativ GLA:D består af patientuddannelse og træning målrettet til personer med knæ- og hoftesmerter. SLID i Hvidovre Kommuner bygger på samme principper som GLA:D, men har mere fokus på udsatte patientgrupper med ingen eller kort uddannelse.

I Sverige, hvor en lignende artroseskole eksisterer, har man indtil nu tilgængelige data fra mere end 25.000 patienter med knæ- eller hofteartrose. Med udgangspunkt i en simpel ligning (udgift/forbedring i livskvalitet) kan udgiften per kvalitetsjusteret leveår for den svenske artroseskole udregnes til at være 50.000 SEK for hoftepatienter og 37.500 SEK for knæpatienter. Til sammenligning koster det 194.000 SEK for et kvalitetsjusteret leveår, når patienten behandles med et kunstigt hofteled (Thorstensson & Dahlberg 2013). Den svenske artroseskole kan derfor siges at være mere omkostningseffektiv end et kunstigt led. Samtidig har en artroseskole på en ortopædklinik i Sverige vist sig at kunne medføre et mindre behov for at blive tilset af en ortopædkirurg hos 2/3 af deltagerne, hvilket må siges at være lovende (Thorstensson & Dahlberg 2011). Da GLA:D-projektet, modsat den svenske artroseskole, indeholder målrettet neuromuskulær træning, forventes det, at GLA:D-projektet vil være endnu mere omkostningseffektivt, idet træning har vist sig at være særdeles effektivt til at reducere smerte og forbedre funktion (Juhl et al. 2014). Det anbefales i Sverige desuden, at fysioterapeuten stiller den kliniske diagnose artrose, da dette øger chancen for at behandlingen lever op til retningslinjerne. Fremtidige analyser vil vise, om GLA:D-projektet på længere sigt kan føre til en reduktion i antallet af kontakter med sundhedsvæsenet og omkostninger for samfundet i Danmark. Dette skal ses i relation til, at det kan formodes, at der vil komme en større efterspørgsel efter GLA:D-projektet hvis det virker. Dels, fordi artrose således ikke er en tilstand, man behøver at leve med, dels, fordi det kan udgøre et tilbud, før en operation. Samtidig er det en forudsætning, at træningen har den fornødne effekt, og at deltagerne, efter projektperiodens ophør, fortsætter med at træne og leve sundt.

Et studie (Skou m.fl. 2014) identificerer langtidseffekterne af patientuddannelse og træning for patienter med knæ- og hoftesmerter ved at se på smerter og livskvalitet efter tre og 12 måneder. Efter tre måneder havde patienterne en reduktion i smerter på 30 pct. og 6 pct. bedre livskvalitet. Disse forbedringer blev bibeholdt efter 12 måneder. Det skal dog bemærkes, at dette studie ikke har en kontrolgruppe inkluderet, hvilket gør resultaterne af studiet mere usikre. Dog underbygges resultat af et randomiseret kontrolleret studie på patienter med

kroniske knæsmærter fra 2012, som viste, at korttidseffekterne af træning i kombination med patientuddannelse blev bibeholdt i op til 2,5 år. Dette engelske studie har derudover vist, at træning i sammenhæng med patientuddannelse medfører færre udgifter til sundhedsydelse og er mere omkostningseffektivt end almindelige sundhedsydelser. En patient i kombineret træning og patientuddannelse generede £1.118 færre sundhedsudgifter end en patient i almindelig behandling. Det skal ses i forhold til, at interventionen kostede £224 per patient.

Omkostningerne ved et kommunalt GLA:D tilbud

I forbindelse med projektet i Hvidovre Kommune, har man ud fra afprøvningen af GLA:D kigget på de direkte omkostninger som kommunens SundhedsCenter har haft i forbindelse med tilbuddet.

Heraf fremgår det, at den specifikke udgift til træning og undervisningsdelen har været ca. 20.440 kroner pr. hold med 12 deltagere. De konkrete udgifter fremgår af nedenstående Case 1. I beregningen er ikke medregnet lokaleudgifter til undersøgelse og patientundervisning samt hjælp fra personalet i SundhedsCentret og andre administrative udgifter, som indgår i SundhedsCentrets daglige drift.

SLID består kun af en mindre, afgrænset gruppe af borgere, hvorfor en udregning af kvalitetsjusterede leveår er forbundet med for stor usikkerhed til at analysen kan foretages. Til gengæld kan man sige, at omkostninger på ca. 1.700kr. per deltager for en klinisk relevant reduktion af smerten (gennemsnitlig reduktion på 15 og 47 % i de to grupper), der ud fra tidligere studier med samme behandling kan fastholdes i minimum 1-2,5 år, virker som en god investering.

I en nær fremtid vil GLA:D-registeret (hvor også data fra dette studie indgår) være stort nok til at lave en økonomisk analyse, som vil kunne vise eventuelle effekter på brugen af sundhedsydelser og samfundsmæssige omkostninger forbundet med hofte- og knæartrose i Danmark samt lave en udregning af kvalitetsjusterede leveår.

Case 1. Omkostninger pr. hold med 12 personer

2 fysioterapeuter pr. hold med 12 personer	12.440 kr.
diætist undervisning (2x 45 min)	1.200 kr.
Rekruttering af deltagere via annoncer, breve til læger med videre	2.000 kr.
Lokaler* til holdtræning, 12 gange à 300 kr.	3.600 kr.
udstyr, elastikker	1.200 kr.
I alt pr. hold m. 12 personer	20.440 kr.
I alt pr. deltager	1703 kr.

Til ovenstående skal lægges en engangsudgift til uddannelse af 2 fysioterapeuter på 6.000 kr. Det må her påpeges, at det er svært at opstille et økonomisk regnskab for denne slags træning.

Introduktion til undersøgelsen

Formål og delmål

Det overordnede mål med dette projekt er at udvikle en model for en proaktiv indsats i kommunalt regi, som mindsker den sociale ulighed i behandling af artrose. Ved en implementering af modellen forventes det, at de berørte kommuner oplever en reduktion i de sociale og sundhedsmæssige følger af artrose, som i dag er særligt fremherskende blandt mennesker med ingen eller kortvarig uddannelse (Gigtforeningen 2006).

Inden for hovedformålet er der opstillet tre delmål, der opererer på hvert deres niveau.

Det første delmål – det kommunale niveau:

Projektet udvikler en metode til implementering af GLA:D-konceptet i kommunalt regi i Hvidovre Kommune, herunder metoder til rekruttering af borgere, som erfaringsmæssigt ikke selv opsøger sundhedsfremmende tilbud, og som er vanskelige at rekruttere.

Det andet delmål – kommunal- og borgerrettet:

Projektet får skabt brobygning til andre træningstilbud med henblik på at borgerne fastholder nye gode vaner og dermed forebygge yderligere forværring af sygdommen.

Det tredje delmål – borgerrettet:

Projektets deltagere opnår en reduktion af smerter, får en bedre funktionsevne og får øget deres livskvalitet. Disse resultater skal sætte deltagerne i stand til bedre at håndtere deres sygdom og dermed fastholde deres arbejde.

Målgruppe

Målgruppen for deltagerne i SLID-projektet er defineret ud fra nedenstående kriterier:

- Mennesker med symptomer på artrose i knæ og/eller hofte af ikke-akut karakter.
- 40 år +.
- Ingen eller korterevarende uddannelse.
- Bosat i Hvidovre Kommune.

Det forventedes, at der kunne samles i alt 60 deltagere til SLID-projektet i Hvidovre Kommune fordelt på 5 hold af 12 personer. De tre af holdene (Hold 1-3) blev rekrutteret i efteråret 2013 og bestod af personer, der ikke har kontakt til arbejdsmarkedet, mens de to hold (Hold 4-5) bestod af personer, der var henvist til SLID-projektet via Hvidovre Kommunes Jobcenter eller kommunale arbejdspladser, og som derfor havde kontakt til arbejdsmarkedet.

Denne opdeling i to målgrupper skal ses i relation til, at styregruppen bag projektet i januar 2014 ændrede inklusionskriterierne. Denne ændring skete på baggrund af, at de første tre hold hurtigt blev fyldt op med deltagere uden arbejdsmarkedstilknytning (primært folkepen-

sionister), og man havde fra styregruppens side et ønske om, også at afprøve GLA:D blandt personer med tilknytning til arbejdsmarkedet. Det viste sig imidlertid, at det var sværere at rekruttere til de to sidstnævnte hold (mere herom senere).

Rekruttering

Rekrutteringen af deltagere blev varetaget af projektmedarbejderne i Sundhedscentret, med inspiration fra Sundhedscentrets erfaringer om, at rekruttere borgere til tilbud, der fokuserer på en frivillig livsstilsændring. Desuden skulle andre relevante aktører også inddrages, således at de kunne være med til at henvise til patientuddannelsen og træningen. Der blev i den forbindelse forsøgt rekruttering via kommunens praktiserende læger, Jobcenteret, ortopædkirurgisk afdeling, kommunale arbejdspladser, med videre.

Det viste sig, at det var forholdsvis let at rekruttere til Hold 1-3, der er borgere, der står uden for arbejdsmarkedet. Omvendt var det svært at rekruttere til Hold 4-5, der består af borgere, der i et eller andet omfang er i kontakt med arbejdsmarkedet.

Fælles for meget af rekrutteringen var, at der blev rekrutteret forholdsvis mange på baggrund af annoncer i Hvidovre Avis, og ved at interesserede borgere gav hinanden tip om tilbuddet. På den måde blev der meget hurtigt rekrutteret det ønskede antal borgere til Hold 1-3. At det gik mere trægt med at rekruttere til Hold 4-5, kan der findes flere forklaringer på. For det første lykkedes det ikke i tilstrækkeligt omfang at engagere de lokale læger, hvorfor der ikke blev rekrutteret derfra. For det andet var der internt i Hvidovre Kommune en vis usikkerhed om, hvordan eksklusions- og inklusionskriterierne skulle forstås, hvorved man ikke fik fat i det ønskede antal borgere ad denne vej. For det tredje havde man ikke, på grund af projektets forholdsvis korte tidsperspektiv, mulighed for at rekruttere borgere fra kommunens private arbejdsmarked.

Undersøgelsens gennemførelse

SLID-projektet

I forbindelse med SLID-projektet skulle der gennemføres en patientuddannelse og træning for alle fem hold, med 12 deltagere på hver. Uddannelsen og træningen skulle gennemføres som beskrevet i GLA:D-konceptet (Figur 1).

1. Inden uddannelsens start blev deltagerne individuelt undersøgt af en fysioterapeut, der vurderede, om de opfyldte kriterierne for at deltage, hvorunder personer med differentialdiagnoser blev udelukket. De kunne blive bedt om helbredsoplysninger fra egen læge. Baselinekarakteristika og effektparametre blev registreret i en database på SDU (se afsnit: Kvantitativ evaluering for nærmere beskrivelse). Dataene kunne anvendes både som motivation i forhold til træningen og indgå i evalueringen af indsatsens effekt. Disse data indgår i effektevalueringen som baseline data.

2. Deltagerne blev tilbudt undervisning og træning ved fysioterapeuter, der er uddannet i at undervise efter principperne i GLA:D-konceptet. Tilbuddet bestod af to sessioners patientuddannelse á 1½ time og seks ugers efterfølgende holdtræning efter principper for neuromuskulær træning.
3. Tre måneder efter uddannelsens start blev deltagerne igen undersøgt og testet hos en fysioterapeut med samme målinger som ved baseline. Disse data indgår i effektevalueringen.

Fastholdelse

Fra andre områder vides det, at det er vanskeligt at fastholde mennesker i den valgte målgruppe i sundhedstilbud (Gigtforeningen 2006). Af den grund blev der i SLID-projektet afsat tid til at kontakte udeblevne borgere og tage samtaler med dem efter behov. Der blev arbejdet med metoder som ”Små Skridt”, afklarende og motiverende samtaler samt et helhedsorienteret syn på deltageren, der tilgodeser, at denne sandsynligvis har andre udfordringer end artrosen. Der blev derfor i projektet givet mulighed for, at underviserne på patientuddannelsen og træningen kunne hjælpe de enkelte kursister med at finde frem til egnede motionsformer, hvor træningen kan fortsætte efter afslutning af projektet. Endvidere blev det senere i projektforløbet også muligt at fortsætte træningen på hold i det kommunale motionscenter, hvor træningsdelen af projektet foregik.

Uddannelse af undervisere

I forbindelse med SLID-projektet, blev to fysioterapeuter ansat som projektmedarbejdere. De to projektmedarbejdere skulle stå for at undervise i patientuddannelsen og varetage træningen, hvorfor de blev uddannet i GLA:D-konceptet på SDU inden opstart af projektet i Hvidovre Kommune.

Kvantitativ evaluering

Ved opstarten hos fysioterapeuten samt efter gennemført patientuddannelse og træning (efter 3 måneder) blev deltagerne evalueret ved hjælp af en fysioterapeutformular, en patientformular samt to fysiske tests. Herudover får patienten automatisk tilsendt en patientformular efter 12 måneder (ikke en del af denne evaluering). Udover at være en del af dette projekt indgår disse evalueringer i GLA:D-registeret, der er et landsdækkende register, der skal være med til at beskrive patientgruppen samt optimere og kvalitetssikre behandlingen, både lokalt i den enkelte klinik og kommune samt nationalt.

Evalueringen af deltagerne i projektet indeholdt demografiske spørgsmål samt de følgende spørgsmål, der blev anvendt til at evaluere effekten af SLID-projektet:

- Smerteintensitet (Visuel Analog Skala (VAS 0-100), hvor 0 er bedst og 100 værst).
- Livskvalitet (Quality of Life subskalaen fra Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS QOL; 0-100, hvor 0 er værst og 100 er bedst) og Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS QOL; 0-100, hvor 0 er værst og 100 er bedst).
- Medicinforbrug og ønske om operation.

De to fysiske tests i projektet målte, hvor mange gange deltagerne kunne rejse-sætte-sig på en stol på 30 sekunder (Rejse-sætte-sig test), og hvor lang tid det tog at gå 40 m (40 m gangtest). Dette er mål for deltagerens funktionsniveau (henholdsvis muskelfunktion i benene og ganghastighed).

Derudover registreredes oplysninger om patienttilfredshed og compliance (deltagelse) i forhold til patientuddannelse og træning efter 3 måneder og igen efter 12 måneder (12 måneder er ikke med i denne rapport).

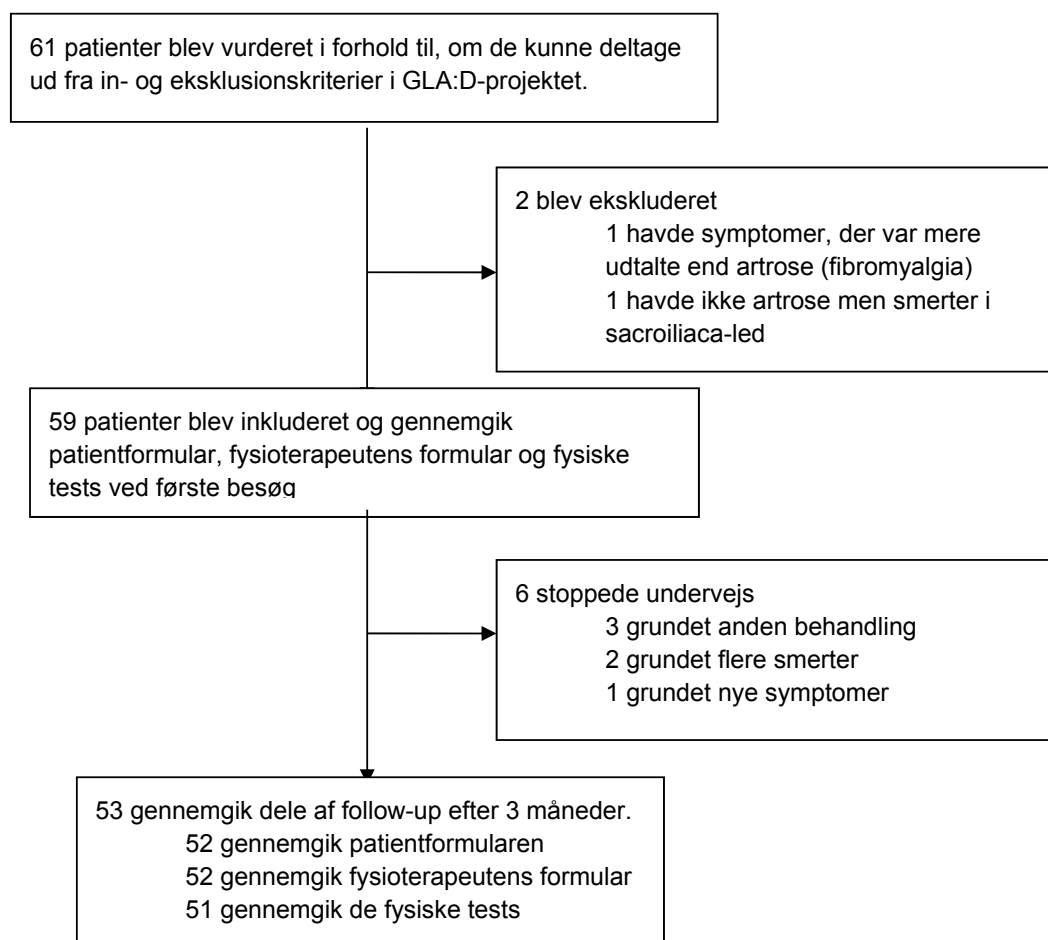
Effektevaluering

Der var 61 potentielle borgere til deltagelse i SLID-projektet i Hvidovre, hvoraf to blev ekskluderet. Den ene havde fibromyalgi i tillæg til artrosen (og fibromyalgien var mere udtalt end artrose), og den anden havde ikke artrose men en problematik med sit sacroiliaca-led i bækkenet (Figur 1).

Der var således 59 deltagere, der startede i SLID-projektet fordelt på fem hold, hvoraf de tre første hold kørte i efteråret 2013 (Hold 1-3) og de sidste to i foråret 2014 (Hold 4-5).

Ud af de oprindeligt 59 deltagende personer stoppede seks personer før tid grundet anden behandling (n=3), mere smerte (n=2) og nye symptomer (n=1), hvorfor der blev gennemført follow-up på 53 personer (90 %) (Figur 1).

Figur 1. Flow Diagram over deltagerne i SLID-projektet i Hvidovre Kommune.



Demografiske data og kliniske karakteristika ved første besøg

18 personer har primært hofteartrose (31 %), mens de resterende 41 personer primært har knæartrose (69 %)¹.

Alder og køn

Gennemsnitsalderen for deltagerne ved første besøg var 61,5 år. Den yngste var 37 år, mens den ældste var 85 år. På Hold 1-3 var gennemsnitsalderen 67,1 år, mens den på Hold 4-5 var 51,3 år. 44 af deltagerne var kvinder (75 %), mens 15 var mænd (25 %).

Civilstatus, nationalitet og uddannelse

22 bor alene (37 %), mens de resterende 37 (73 %) bor sammen med andre (I GLA:D-registeret bor 27 % alene). 47 (80 %) er født i Danmark, og 57 (97 %) er danske statsborgere (I GLA:D-registeret henholdsvis 95 % og 99 %).

¹ I GLA:D-projektet er artrose defineret klinisk ud fra symptomer. Symptomer og røntgenforandringer stemmer kun overens i et vist omfang. I de nationale kliniske retningslinjer for knæartrose fremgår det, at diagnosen knæartrose kan stilles uden røntgenundersøgelse af knæet (Sundhedsstyrelsen 2012).

Fordelingen i forhold til uddannelsesniveau viste (Tabel 1), at man har med en gruppe af borgere at gøre, hvis uddannelsesniveau er lavere end landsgennemsnittet for borgere med artrose (Skou & Roos 2014).

Tabel 1. Uddannelsesniveau for projektets deltagere.

Højest gennemførte uddannelse	Procentfordeling
Folkeskolen	13 (22 %)
Ungdomsuddannelse	15 (25 %)
Kort videregående uddannelse	26 (44 %)
Mellemlang videregående uddannelse	5 (8 %)
Lang videregående uddannelse eller højere	0 (0 %)

Sygemelding og nuværende arbejdssituation

19 % (n=11) angiver at have været sygemeldt inden for det seneste år på grund af deres hofte-/knæartrose. For 36 % (n=4) af disse har sygemeldingen sammenlagt været under 1 måned, for 27 % (n=3) har den været 1-3 måneder, og for de resterende 36 % (n=4) har den været i over 3 måneder. Arbejdssituationen for patienterne kan ses i Tabel 2.

Tabel 2. Deltagernes nuværende arbejdssituation.

Nuværende arbejdssituation	Antal (%)
I arbejde/studerende	14 (24 %)
Sygemeldt på fuld tid	3 (5 %)
Sygemeldt på deltid/fleksjob	4 (7 %)
Pensionist	27 (46 %)
Arbejdsløs	11 (19 %)
Efterløn	0 (0 %)
Førtidspensionist	0 (0 %)

Problemer med andre led

49 (83 %) har besvær med minimum ét andet hofte- eller knæled udover det, de angiver at have mest besvær med. 31 (53 %) angiver at have besvær med hånd-/fingerled i tillæg til deres hofte-/knæartrose.

Body Mass Index (BMI)

Gennemsnits-BMI (SD) for deltagerne er på 32,0 (6,5). Fordelingen fremgår af Tabel 3.

Tabel 3. BMI-fordeling.

Klassifikation	BMI (kg/m ²)	Antal (%)
Undervægt	<18,5	0 (0 %)
Normalvægt	18,5-24,9	4 (6,8 %)
Moderat overvægt	25-29,9	26 (44,1 %)
Svær overvægt (fedme)	≥30	29 (49,2 %)

Symptomvarighed og smertehyppighed

Deltagerne har en middelsmertevarighed på mere end 7 år (84,4 måneder, den laveste 1 og den højeste 312 måneder). 47 (78 %) af patienterne oplever smerte hver dag eller altid forud for SLID-projektet. Smertehyppigheden for deltagerne ses i Tabel 4.

Tabel 4. Smertehyppighed.

Hvor ofte har du ondt?	Procentfordeling
Aldrig	1 (1,7 %)
Hver måned	4 (6,8 %)
Hver uge	7 (11,9 %)
Hver dag/døgn	28 (47,5 %)
Altid	19 (32,2 %)

Gangproblem som følge af knæ-/hoftebesvær

46 af deltagerne (78 %) har forud for SLID-projektet gangproblemer som følge af deres knæ-/hoftebesvær.

Fysisk inaktivitet

35 af deltagerne (59 %) er fysisk inaktive forud for SLID-projektet (angiver ikke at bevæge sig minimum 30 min. alle ugens syv dage).

Effektparametre i SLID-projektet (første besøg og follow-up efter 3 måneder)

Sammenligningen af første besøg og 3 måneder er kun lavet for de deltagere, der har gennemført både første besøg og 3 måneder follow-up.

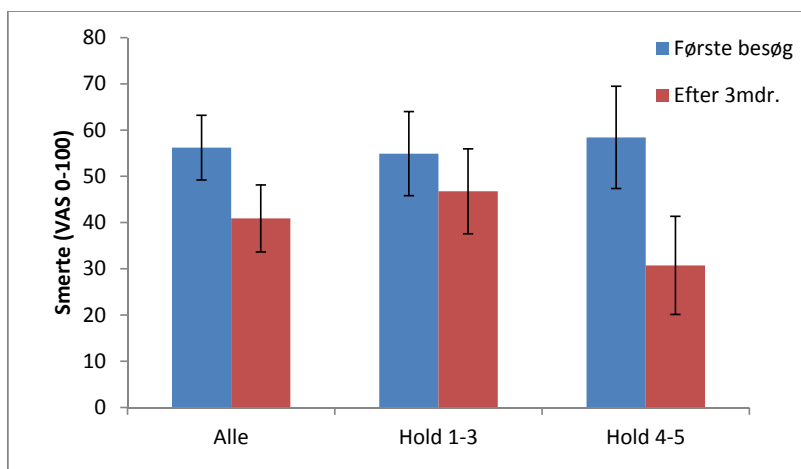
Smerteintensitet (n=52)

Smerten (SD) er 56,2 (25,7) ved første besøg og 40,9 (26,7) ved 3 måneder follow-up.

Opdeles den samlede gruppe i to, Hold 1-3 (n=33) og Hold 4-5 (n=19), er smerten henholdsvis 54,9 (26,7) og 46,8 (26,9) ved første besøg og 3 måneder follow-up for Hold 1-3 og 58,4 (24,6) og 30,7 (23,6) for Hold 4-5 (Figur 2).

Opdeles gruppen i svært overvægtige (BMI \geq 30; n=25) og BMI<30 (n=27), er smerten henholdsvis 62,2 (22,4) og 41,2 (27,7) ved første besøg og 3 måneder follow-up for de svært overvægtige og 50,6 (27,7) og 40,6 (26,2) for deltagere med BMI<30. Svært overvægtige har således mindst lige så stor effekt af træning som dem, der vejer mindre.

Figur 2. Gennemsnitlig smerte ved første besøg og efter 3 måneder for alle (n=52), Hold 1-3 (n=33) og Hold 4-5 (n=19). 0 indikerer ingen smerte, og 100 indikerer værst mulig smerte. Noter at skalaen i denne figur går fra 0 til 100. Fejllinjer angiver 95 % konfidensinterval.



Funktionsniveau

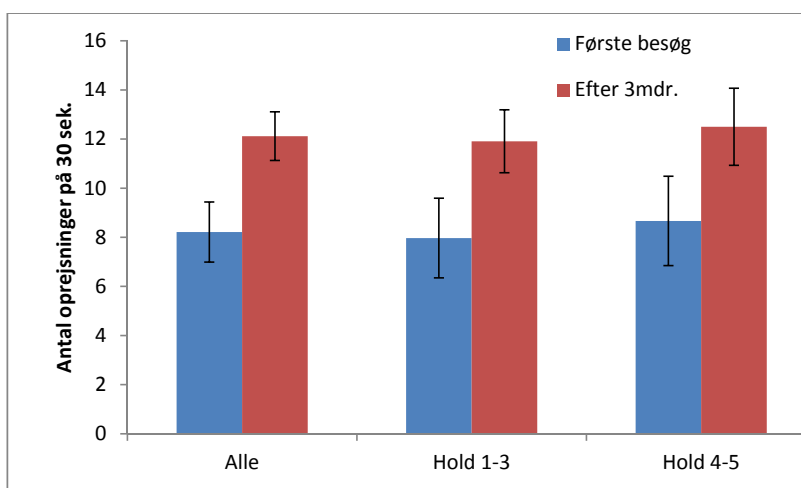
Rejse-sætte-sig test (n=51)

Antal gentagelser i 30 sekunder rejse-sætte-sig-test (SD) er hele gruppen 8,2 (4,5) ved første besøg og 12,1 (3,6) ved 3 måneder follow-up.

Antal gentagelser i 30 sekunder rejse-sætte-sig-test (SD) er henholdsvis 8,0 (4,8) og 11,9 (3,8) ved første besøg og 3 måneder follow-up for Hold 1-3 (n=33) og 8,7 (3,9) og 12,5 (3,4) for Hold 4-5 (n=18; Figur 3).

7 (21 %) fra Hold 1-3 og 2 (11 %) fra Hold 4-5 er ved første besøg ikke i stand til at udføre minimum én oprejsning i den almindelige rejse-sætte-sig-test, hvorfor de udfører en modificeret version. Efter SLID-projektet kan alle bortset fra én (3 %) på Hold 1-3 udføre minimum én oprejsning i den almindelige rejse-sætte-sig-test, mens alle på Hold 4-5 er i stand til at udføre minimum én oprejsning.

Figur 3. Gennemsnitligt antal gentagelser i 30 sek. Rejse- sætte-sig test ved første besøg og efter 3 måneder for alle (n=51), Hold 1-3 (n=33) og Hold 4-5 (n=18). Fejllinjer angiver 95 % konfidensinterval.

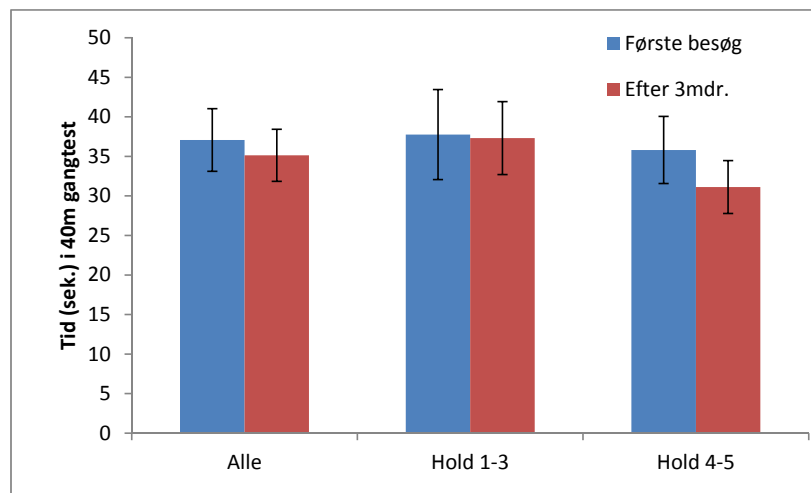


40m gangtest (n=51)

Tid i sekunder anvendt til at gennemføre 40 m gangtest (SD) er 37,1 (14,4) ved første besøg og 35,1 (12,0) ved 3 måneder follow-up.

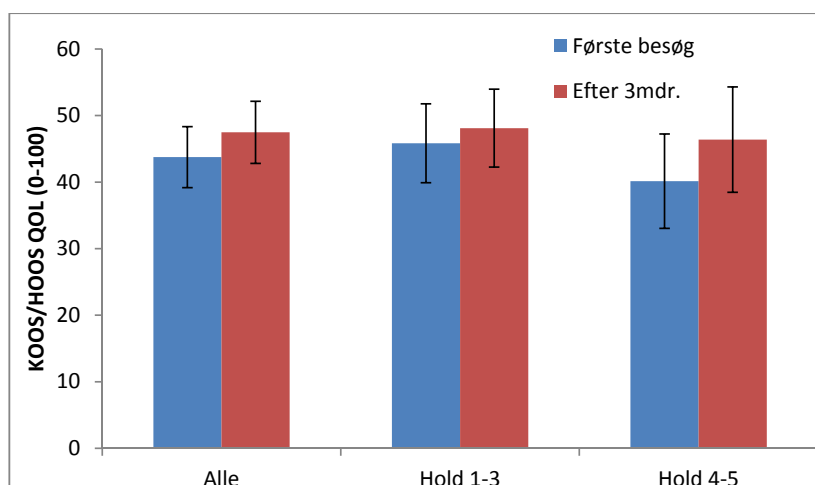
Tid i sekunder anvendt til at gennemføre 40 m gangtest (SD) er henholdsvis 37,8 (16,7) og 37,3 (13,5) ved første besøg og 3 måneder follow-up for Hold 1-3 (n=33) og 35,8 (9,2) og 31,1 (7,2) for Hold 4-5 (n=18; Figur 4).

Figur 4. Gennemsnitligt brugt tid til 40 m gangtest ved første besøg og efter 3 måneder follow-up for alle (n=51), Hold 1-3 (n=33) og Hold 4-5 (n=18). En kortere tid indikerer et bedre resultat. Fejllinjer angiver 95 % konfidensinterval.

**Livskvalitet****KOOS/HOOS QOL**

Livskvaliteten (SD) er 43,8 (16,9) ved første besøg og 47,5 (17,2) ved 3 måneder follow-up. Livskvaliteten (SD) er henholdsvis 45,8 (17,4) og 48,1 (17,2) ved første besøg og 3 måneder follow-up for Hold 1-3 (n=33) og 40,1 (15,8) og 46,4 (17,6) for Hold 4-5 (n=19; Figur 5).

Figur 5. Gennemsnitlig livskvalitet (HOOS/KOOS QOL) ved første besøg og efter 3 måneder for alle (n=52), Hold 1-3 (n=33) og Hold 4-5 (n=19). 0 er værst mulig livskvalitet og 100 er bedst mulig livskvalitet. Fejllinjer angiver 95 % konfidensinterval.



Medicinforbrug og ønske om operation (n=52)

Ved første besøg tager 30 (57,7 %) smertestillende lægemidler på grund af deres hofte-/knæartrose, mens det ved 3 måneder follow-up gør sig gældende for 28 (53,8 %).

Ved første besøg ønsker 9 (17,3 %) en operation af deres knæ/hofte, hvis de selv kunne vælge, mens det ved 3 måneder gør sig gældende for 7 (13,5 %).

Compliance (deltagelse) og deltagertilfredshed

Compliance (deltagelse) (n=52)

I tabel 5 ses deltagelse i forhold til holdtræningen i SLID-projektet for henholdsvis Hold 1-3 (n=34) og Hold 4-5 (n=18). Som det ses deltager alle patienter i holdtræningen i stedet for at træne hjemme, og samlet set deltager 37 (71,2 %) af alle patienter i superviseret holdtræning mindst 10 gange.

Tabel 5. Antal holdtræninger for henholdsvis Hold 1-3 (n=34) og Hold 4-5 (n=18).

Antal træninger på hold	Antal (%) Hold 1-3	Antal (%) Hold 4-5
Deltog ikke i holdtræning	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
1-6 træninger	2 (5,9 %)	1 (5,5 %)
7-9 træninger	8 (23,5 %)	4 (22,2 %)
10-12 træninger	24 (70,6 %)	13 (72,2 %)

Størsteparten af patienterne i SLID-projektet anvender det, de har lært (både patientuddannelse og træning) mindst hver dag. I Tabel 6 ses en oversigt over, hvor ofte den nye kundskab benyttes på henholdsvis Hold 1-3 (n=33) og Hold 4-5 (n=19).

Tabel 6. Hvor ofte i deres hverdag anvender henholdsvis Hold 1-3 (n=33) og Hold 4-5 (n=19) det, de har lært i SLID (både patientuddannelse og træning).

Hvor ofte anvendes det lærte?	Antal (%) Hold 1-3	Antal (%) Hold 4-5
Aldrig	1 (3,0 %)	1 (5,3 %)
Hver måned	1 (3,0 %)	1 (5,3 %)
Hver uge	12 (36,4 %)	4 (21,1 %)
Hver dag	15 (45,5 %)	9 (47,4 %)
Flere gange dagligt	3 (9,1 %)	4 (21,1 %)
Ved ikke	1 (3,0 %)	0 (0,0 %)

Tilfredshed med SLID (n=52)

51 (98,1 %) af patienterne synes enten godt eller meget godt om SLID-projektet. Den sidste patient synes hverken godt eller dårligt om SLID-projektet.

Delkonklusion: kvantitativ evaluering

Som nævnt indgår resultaterne fra SLID-projektet i Hvidovre Kommune også i det landsdækkende GLA:D-register, der per 21. september 2014 har data registeret for over 2500 patienter. Deltagerne i projektet i Hvidovre er lidt yngre, mere overvægtige, har en kortere uddannelse og har haft problemer med deres knæ eller hofte længere tid end den generelle befolkning med artrose i Danmark (Skou & Roos 2014). Dette antyder, at det er den rigtige målgruppe, der er ramt med projektet i Hvidovre, samt at den kommunale artrosepatient adskiller sig fra artrosepatienten i privat praksis, da GLA:D-registeret på nuværende tidspunkt som helhed primært udgøres af patienter fra privat praksis.

I årsrapporten for GLA:D-registret 2013 indgår data fra 719 patienter, der har gennemgået første besøg og 310 patienter, der har gennemgået opfølgning efter 3 måneder (Skou & Roos 2014). Deltagerne i SLID-projektet i Hvidovre har en gennemsnitsalder på 61,5 år og en gennemsnits-BMI på 32,0. Til sammenligning er patienterne i GLA:D-registeret i gennemsnit 63,5 år og har en gennemsnits-BMI på 28,3. Gennemsnitsvarigheden af symptomerne er ca. 7 år blandt deltagerne i projektet i Hvidovre og 92 % har maksimalt en kort videregående uddannelse, mens gennemsnitsvarigheden af symptomerne er ca. 4 år i GLA:D-registeret og 67 % har maksimalt en kort videregående uddannelse.

Projektet i Hvidovre viser, at GLA:D forbedrer deltagerens smerte, funktion og livskvalitet. 98 % af deltagerne er tilfredse med forløbet, deltog i begge uddannelsessessioner, deltog i 10-12 af de i alt 12 træninger samt anvender det lærte på daglig basis. GLA:D er således både effektivt, brugbart og muligt at implementere i en kommunal kontekst til borgere med knæ- eller hofteartrose. Deltagerne på Hold 4-5, der alle fortsat har tilknytning til arbejdsmarkedet (ca. halvdelen er sygemeldt), ser ud til at have en ekstra god effekt af GLA:D. Som eksempel

er smertereduktionen i denne gruppe (47 %) markant højere end på Hold 1-3 (15 %) og også højere end blandt patienterne i GLA:D-registeret som helhed (32 %). Internationale studier angiver, at en forbedring i symptomer på 15 % er en klinisk relevant forbedring (Hurley et al. 2012; Villadsen et al. 2014). Således kan effekten for både Hold 1-3 og Hold 4-5 siges at være klinisk relevant, hvilket understreger potentialet af en tidlig indsats overfor målgruppen med henblik på at reducere omkostningerne for både patient og samfund. Specielt antyder det, at borgere med knæ- eller hofteartrose med tilknytning til arbejdsmarkedet (sygemeldte og ikke sygemeldte) med fordel kan tilbydes GLA:D fremadrettet, også for at forbedre deres muligheder for at genoptage deres arbejde. Samtidig understreger projektet, at svært overvægtige ($BMI \geq 30$) i mindst lige så høj grad som folk, der vejer mindre, har gavn af GLA:D. Således viste undersøgelsen, at svært overvægtige deltagere reducerede deres smerte med 34 %.

Sammenlignes projektet i Hvidovre med den generelle befolkning i Hvidovre Kommune (Hvidovre Kommune 2014) ser man, at deltagerne i projektet er både mere overvægtige og mindre fysisk aktive end borgerne i Hvidovre Kommune generelt. Således er 93,2 % overvægtige (heraf 52,7 % svært overvægtige) og 59 % er fysisk aktive mindre end 30 minutter dagligt i SLID-projektet i Hvidovre, mens kun 48 % af borgerne i Hvidovre Kommune er overvægtige (heraf 27 % svært overvægtige), og kun 34 % er fysisk aktive mindre end 30 minutter dagligt. På baggrund af disse tal er GLA:D yderst relevant i Hvidovre Kommune, samtidig med at man ved hjælp af inklusionskriterierne fik fat i den målgruppe, man ønskede sig.

Kvalitativ evaluering

Evaluering af deltagernes oplevelse af projektet

Deltagerevalueringen omfatter en beskrivelse af deltagernes oplevelse med SLID-projektet. Der skulle gennemføres 4 fokusgruppeinterviews, 2 med deltagere fra Hold 1-3 og to med deltagere fra Hold 4-5. Der blev indbudt 5 deltagere til hvert fokusgruppeinterview.

Udvælgelsen af deltagerne skete efter samtaler med projektlederen med henblik på at rekruttere et repræsentativt udsnit af deltagerne. Interviewene er inspireret af tilsvarende interviews, som forskere på Institut for Idræt og Biomekanik har gennemført på andre projekter, hvis formål har været at fremme fysisk aktivitet hos fysisk inaktive grupper, eksempelvis 'Motion på Recept'. Interviewene blev gennemført omtrent en måned efter afslutningen af det seks ugers træningsforløb.

Til hvert af de første to fokusgruppeinterviews med deltagere fra Hold 1-3 mødte 4 op. Til det ene interview blev der med kort varsel rekrutteret en ny deltager, således at der sammenlagt blev gennemført fokusgruppeinterview med 9 deltagere fra Hold 1-3. Interviewene blev afholdt i Hvidovre Kommunes lokaler i Sundhedscentret i efteråret 2013.

Til de sidste to fokusgruppeinterviews, med deltagere fra Hold 4-5, mødte der henholdsvis 3 og 1 op, der i forvejen var indkaldt på grund af et varslet afbud. Da det vurderedes for omkostningstungt at forsøge at gennemføre et nyt fokusgruppeinterview, blev det aftalt, at forskeren kontaktede de ikke fremmødte telefonisk med henblik på at gennemføre kortere interviews. Der blev sammenlagt gennemført 2 telefoninterviews, hvorfor der sammenlagt blev interviewet 6 fra denne gruppe. De afholdte fokusgruppeinterviews blev afholdt i Hvidovre Kommunes lokaler i Sundhedscentret i foråret 2014, og telefoninterviewene blev gennemført i sommeren 2014.

Endvidere er alle deltagerne i forbindelse med deres follow-up blevet bedt om at udfylde et mindre spørgeskema med henblik på at afdække deres helbred, fysiske form og mulighed for at være fysisk aktiv. Sammenlagt 50 ud af de 53 deltagere, der har gennemført hele SLID-projektet, har udfyldt spørgeskemaet, fordelt med 33 ud af 36 fra Hold 1-3 og 17 ud af 24 fra Hold 4-5.

Formålet med deltagerevalueringen er at kortlægge brugernes oplevelse af og erfaring med projektet, og de er opdelt i fire temaer: a) deltagernes oplevelse af patientuddannelsen og træningsforløbet, b) om og i givet fald hvordan deltagerne har ændret deres hverdag med henblik på at blive mere fysisk aktive (derunder hvilke former for træning og fysisk aktivitet, de er kommet i gang med), c) hvilke barrierer der har været for deltagerne i forhold til at deltage i hensigtsmæssig træning og fysisk aktivitet samt d) deltagernes erfaringer med de træningstilbud, som fysioterapeuterne har anbefalet og hjulpet dem i gang med.

Der fokuseres herunder på, hvor vidt deltagerne oplever en reduktion af de negative sociale og sundhedsmæssige aspekter ved at have artrose.

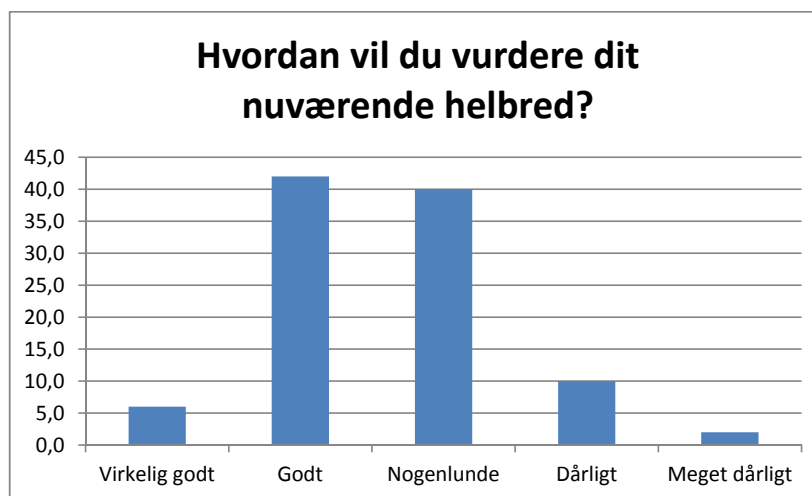
Rekrutteringskanaler

Det var meget let at rekruttere deltagere til Hold 1-3, mens det var tilsvarende svært at få deltagere til Hold 4-5. Den lethed, hvormed man fik deltagere til Hold 1-3, var noget overraskende for gruppen bag SLID-projektet. Dette skal ses i relation til, at det ofte kan være svært at rekruttere deltagere til denne slags projekter. Der er ikke noget entydigt billede på, hvordan deltagerne er blevet rekrutteret. Dog er der flere blandt deltagerne i fokusgruppeinterviewene, der siger, at de er blevet gjort opmærksomme på projektet via notits i Hvidovre Avis. Den bliver læst af størstedelen af beboerne i Hvidovre Kommune. Man havde endvidere en formodning om, og forventning til, at man kunne rekruttere borgere via de privatpraktiserende læger. Dette viste sig dog ikke at være muligt. En væsentlig årsag hertil var, at projektperioden var så forholdsvis kort. Dermed kom dette tilbud ikke til at være noget, som lægerne automatisk var bevidste om, når de fik patienter med de symptomer, der kan inkludere borgere i projektet. Endelig var der også flere, der hørte om SLID-projektet via mund-til-mund metoden.

En vigtig parameter er, hvordan de deltagende borgere selv vurderer deres nuværende helbredstilstand. Her ses det, at sammenlagt 82 % angiver deres nuværende helbred som værende enten godt eller nogenlunde. Sammenlagt 12 % angiver deres nuværende helbredstilstand til at være enten dårlig eller meget dårlig (Figur 6). I en kvantitativt noget større undersøgelse blandt gigtpatienter ses det, at henholdsvis 52 % og 31 % af dem der går til undervisning i varmtvandsbassin vurderer, at deres helbred er enten nogenlunde eller godt (Mindegaard, Ibsen, Kissow & Johansen 2013). I forhold til, hvordan man selv vurderer sin helbredstilstand, er der ikke nogen statistisk signifikant forskel på deltagerne fra henholdsvis Hold 1-3 og Hold 4-5. Samtidig er det markant, at der er færre deltagere i denne undersøgelse end der er i normalbefolkningen, som vurderer deres helbred til at være virkelig godt.

Der er et paradoks i forhold til denne bedømmelse af egen nuværende helbredstilstand. Det bunder i, at deltagerne i SLID-projektet på den ene side rent kvantitativt beskriver deres nuværende helbredstilstand som forholdsvis god. En tendens der må relateres til, at andre personer med lignende lidelser også har beskrevet deres nuværende helbred som forholdsvis godt (Mindegaard, Ibsen, Kissow & Johansen). Paradokset består i, at deltagerne i de afholdte fokusgruppeinterviews kommer ind på alle de forskellige lidelser de har, og hvor meget det hindrer dem i at leve en normal hverdag. De forhold, der oftest nævnes, er, at man har smerter, at man har en nedsat bevægefrihed, og at man på den baggrund er udelukket fra at deltage i nogle bestemte aktiviteter (Hold 1-3). Det passer således godt, når der bliver sagt, at *de tænker ikke over det som en sygdom, som slidgigt ... de tænker det ikke som leddegigt ... men bare som en tilstand man må leve med* (Interview 3). Men det er så en tilstand, der nedsætter deres funktionsniveau (Hold 4-5). Kvantitativt set beskriver mange således deres helbredstilstand som god, mens de kvalitativt fokuserer på, at der er mange dagligdagsfunktioner, de enten har svært ved, eller ikke kan, gøre.

Figur 6. Hvordan vil du vurdere dit nuværende helbred (pct.)?

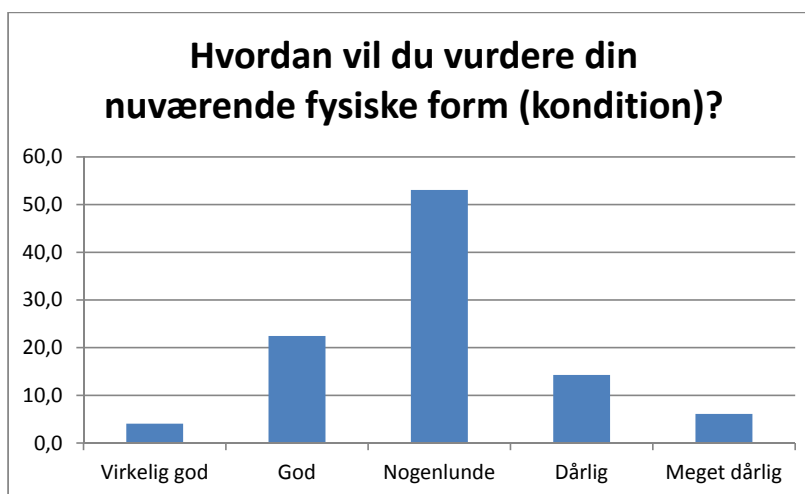


53 % oplyser, at de vil vurdere deres nuværende fysiske form (kondition) som værende nogenlunde. Samtidig siger 22 %, at de vurderer deres nuværende fysiske form som god, mens 14 % vurderer, at den er dårlig (Figur 7). I en anden undersøgelse, blandt gigtpatienter der deltog i undervisning i varmtvandsbassin, er der henholdsvis 56 % og 20 % der siger, at deres nuværende fysiske form er enten nogenlunde eller god, mens 18 % vurderer, at den er dårlig (Mindegaard, Ibsen, Kissow & Johansen).

I forhold til hvordan man vurderer sin nuværende fysiske form, er der en statistisk signifikant forskel ($p < 0,016$) på Hold 1-3 og Hold 4-5. På Hold 1-3, som består af markant ældre borgere end hold 4-5, er det således 11 % der betegner deres nuværende fysiske form som enten dårlig eller meget dårlig, mens det for Hold 4-5 er 33 %, der betegner deres nuværende fysiske form som enten dårlig eller meget dårlig. Tilsvarende siger 33 % på Hold 1-3, at deres fysiske form er enten god eller virkelig god, hvilket kun 8 % på Hold 4-5 siger.

Det sidstnævnte forhold, at der er stor forskel på, hvordan deltagerne fra Hold 1-3 og fra Hold 4-5 bedømmer deres nuværende fysiske form, afspejler sig også i fokusgruppeinterviewene. Af dem fremgår det således, at deltagerne på både Hold 1-3 og Hold 4-5 har en dårlig fysik. Men der er en væsentlig forskel, der består i, at det især er deltagerne fra Hold 4-5, der er hårdt ramt. Det skyldes især, at mange af dem føler sig trætte og udkørte, efter at de har været på arbejde (Hold 4-5). Det er med til at gøre, at flere af dem har svært ved at klare de mest basale daglige opgaver. Der er også flere på Hold 1-3, der har svært ved at klare basale daglige opgaver, men dette må også ses i relation til, at mange personer i denne gruppe er højt oppe i alderen. Der kan også være en psykologisk forklaring: Deltagerne på Hold 1-3 stiller, qua deres alder, ikke tilsvarende krav til deres funktionsevne som dem, der er på Hold 4-5, da mange af dem regner med at blive naturligt svækkede med den stigende alder (Hold 1-3).

Figur 7. Hvordan vil du vurdere din nuværende fysiske form (kondition) (pct.)?



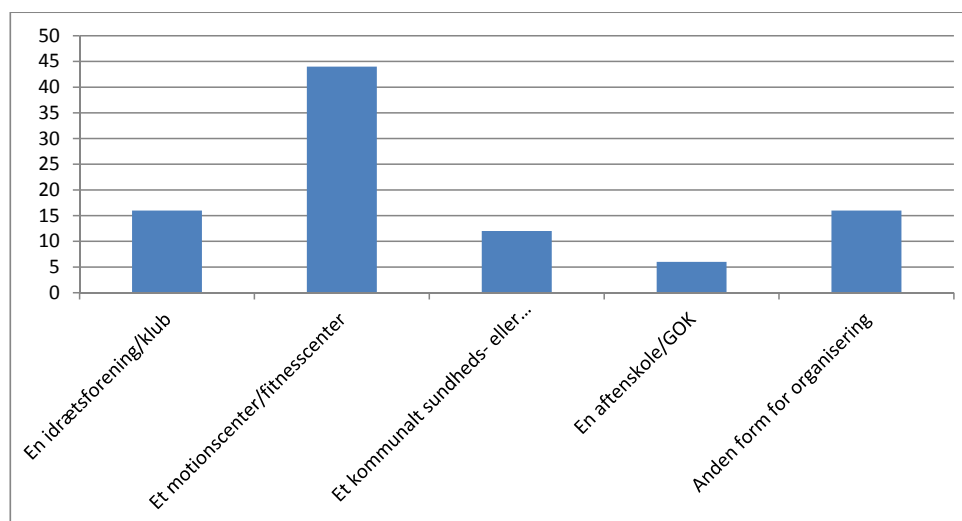
Erfaringer med fysisk aktivitet

44 % oplyser, at de regelmæssigt dyrker motion i et motionscenter eller fitnesscenter. Derudover er der henholdsvis 16 %, der enten er aktive i en idrætsforening/klub eller dyrker idræt under en anden form for organisering, 12 % der er aktive i et kommunalt sundheds- eller træningscenter, og 6 % der er aktive på en aftenskolet/GOK. Der er ikke nogen, der er aktive i en handicapidrætsforening (Figur 8). At der ikke var nogen, der havde erfaring med handicapidræt, kan måske henføres til, at der her er tale om borgere, der ikke ser sig selv som handicappede. De ser ikke artrose som en sygdom, men som en tilstand (Hold 1-3, Hold 4-5). Der er ikke nogen statistisk signifikant forskel på, om man er fysisk aktiv, i forhold til om man tilhører Hold 1-3 eller Hold 4-5.

Svarene, hvoraf det fremgår, at forholdsvis mange er fysisk aktive, må dog tages med et vist forbehold. Det fremgår således ikke af de gennemførte fokusgruppeinterviews, at over halvdelen af deltagerne regelmæssigt dyrker idræt eller motion i enten en idrætsforening/klub eller i et motionscenter/fitnesscenter. Blandt deltagerne på Hold 4-5 angives det, at man ikke har overskud til det (Hold 4-5), mens en del af deltagerne fra Hold 1-3 har nået en alder, hvor de ikke længere er foreningsaktive (Hold 1-3). Det kan således formodes, at svarene dels omfatter den træning, der har været i forbindelse med SLID-projektet, dels kan det formodes, at der i et vist omfang er tale om en ønsketænkning fra deltagerens side.

Dette kan suppleres med, at det af fokusgruppeinterviewene fremgik, at mange havde erfaringer med idræt fra tidligere. Enkelte havde været på ophold på en idrætshøjskole, andre havde gået til gymnastik, og igen andre havde erfaringer inden for boldspil. Samtidig var der flere af dem, der ikke havde været direkte idrætsaktive, som på andre områder havde levet et fysisk aktivt liv, eksempelvis ved at cykle til arbejde, at holde en stor have og lignende. Man kan på den måde tale om, at de fleste af deltagerne i SLID-projektet havde erfaringer med fysisk aktivitet (Hold 1-3).

Figur 8. Dyrker du regelmæssigt idræt eller motion følgende steder (pct.)?

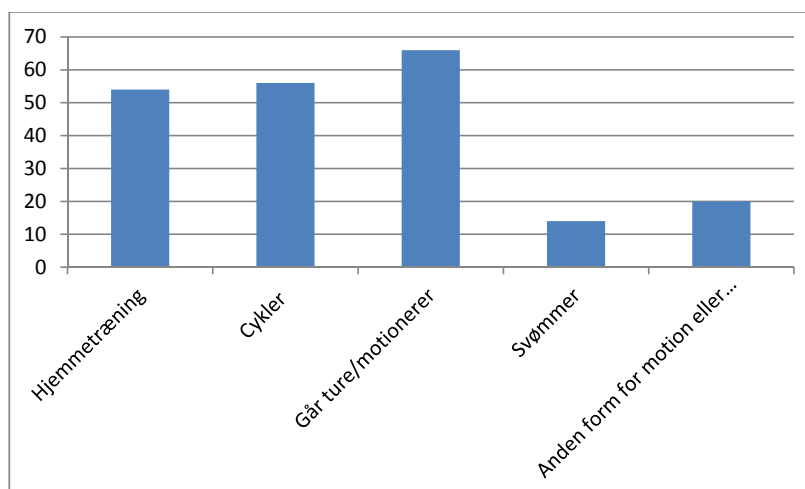


På spørgsmålet om, hvor vidt man dyrker motion eller idræt på egen hånd, svarer 66 %, at det gør de i form af, at de går ture/motionerer, mens henholdsvis 56 % og 54 % enten cykler eller udfører hjemmetræning. Endelig er der henholdsvis 20 % og 14 %, der enten dyrker anden form for motion eller idræt eller svømmer (Figur 9). Der er ikke nogen statistisk signifikant forskel på, hvor vidt man dyrker motion eller ej, i forhold til om man tilhører Hold 1-3 eller Hold 4-5.

At så forholdsvis mange regelmæssigt dyrker motion eller idræt på egen hånd, forekommer ret plausibelt. Fokusgruppeinterviewene viste således, at en stor del af deltagerne i SLID-projektet handlede ind lokalt, havde deres sociale omgangskreds i lokalmiljøet, og, for Hold 4-5, også arbejdede i lokalområdet (Hold 4-5). I den forbindelse oplyste mange, at de enten gik en daglig tur, cyklede rundt i lokalområdet, eller lavede anstrengende havearbejde. Dermed fik de det, der er beskrevet som hverdagsmotion (Larsen 2003). For nogle af deltagerne var deres fysiske aktivitet dog meget sæsonbestemt med megen fysisk aktivitet om sommeren og kun lidt fysisk aktivitet om vinteren. Der var således flere af deltagerne, der lavede havearbejde og lignende (Hold 1-3).

I forhold til hjemmetræning, forstået som at man eksempelvis udfører de øvelser, som man er blevet præsenteret for af fysioterapeuterne, så er tingene lidt mere komplekse. De fleste siger, at de ønsker at udføre øvelserne, at øvelsernes sammensætning giver god mening for dem, og at de har gavn af at udføre øvelserne (Hold 1-3, Hold 4-5). På trods af dette var der flere, der ikke fik udført disse øvelser. Den helt gennemgående årsag hertil var, at de manglede motivation. Når der enten ikke var andre til at presse en, eller hvis man vidste, at man ikke siden hen ville blive testet for sine færdigheder, så svandt motivationen (Hold 1-3, Hold 4-5). Den synergi der var til holdtræningen, og det forpligtigende netværk man var en del af, havde således stor betydning for, om man fik trænet eller ej.

Figur 9. Dyrker du regelmæssigt motion eller idræt på egen hånd (pct.)?



Deltagerne i SLID-projektet er fysisk aktive i varierende grad, i forhold til hvor mange timer om ugen de normalt dyrker organiseret eller selvorganiseret motion, så de bliver varme og forpustede, eksempelvis i form af at gå tur, cykle eller lave gymnastik. Samlet set er 29 % aktive i 2-3 timer pr. uge, mens sammenlagt 46 % er fysisk aktive i 3-4, 4-5 timer eller mere end 5 timer pr. uge. Samtidig er sammenlagt 24 % fysisk aktive i mindre end en time eller i 1-2 timer pr. uge (Figur 10). På spørgsmålene i effektevaluering var der til forskel herfra 59 %, der svarede, at de var inaktive forud for SLID-projektet, ved at de ikke bevægede sig minimum 30 minutter alle ugens syv dage.

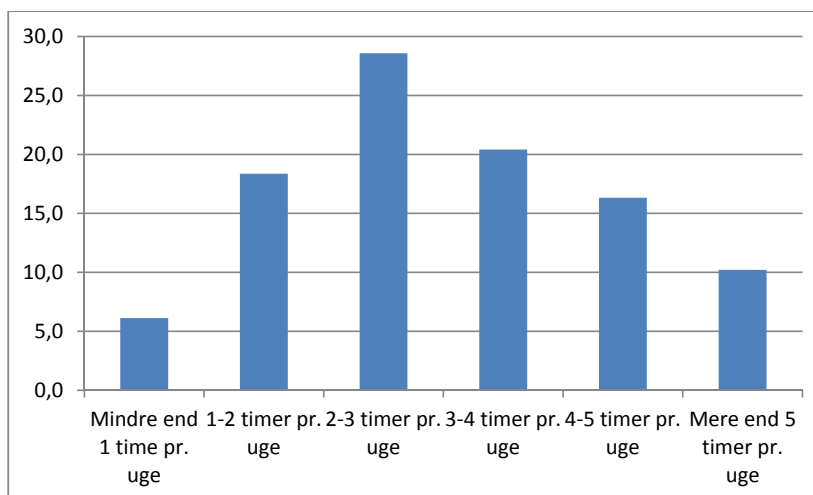
I en anden og noget større undersøgelse er 42 % fysisk aktive i op til to timer om ugen, mens 46 % er fysisk aktive i mellem to og op til fem timer om ugen. Endelig er 12 % fysisk aktive i mere end fem timer om ugen (Mindegaard, Ibsen, Kissow & Johansen 2013). Det er således svært at sige noget klart om, hvor vidt deltagerne i SLID-projektet er mere eller mindre fysisk aktive end deltagerne i tilsvarende undersøgelser.

At en så forholdsvist stor del af deltagerne i SLID-projektet ofte dyrker en eller anden form for motion så de bliver varme og forpustet kan underbygges af, at mange af dem, foruden at gå til en motionsaktivitet, også er fysisk aktive, når de bevæger sig rundt i kommunen. Dette må sammenholdes med, at flere af deltagerne i forbindelse med fokusgruppeinterviewene sagde, at der ikke skulle meget til, før de blev varme og forpustede (Hold 1-3). Det kan eksempelvis dreje sig om, at de skal gå fra et busstoppested og hen til træningslokalerne. At blive varm og forpustet er således ikke udelukkende forbundet med situationer, man normalt vil forbinde med fysisk aktivitet i en idræts- eller sportsmæssig kontekst, men ofte med helt dagligdags situationer, hvor man eksempelvis skal gå op ad nogle trapper for at komme ind i en butik eller lignende.

Der kan på den baggrund stilles spørgsmålstejn ved, i hvilket omfang de forskellige dyrker en aktivitet i et sådant omfang, at det kan opfattes som træning i et fysiologisk perspektiv. For mange af dem, der deltog i SLID-projektet, skulle der således ikke megen fysisk udfordring til, før de blev forpustede. På den ene side kan det konstateres, at det er godt, at de får

bevæget sig i dagligdagen, mens man på den anden side kan man stille spørgsmålstejn ved, om ikke det havde været bedre for dem, hvis kræfterne var blevet brugt i et funktionelt træningsøjemed.

Figur 10. Hvor mange timer om ugen dyrker du normalt organiseret og selvorganiseret motion, så du bliver varm og forpustet (fx går tur, cykler eller laver gymnastik) (pct.)?



Spørgsmålet: Hvorfor dyrker du motion? er delt op i tre selvstændige områder, med fokus på henholdsvis motionens påvirkning af fysikken, sociale forhold omkring træningen og sluttelig motionens betydning for daglige gøremål.

Først ses der på, hvilken betydning mere fysiologisk orienterede argumenter har for, at man dyrker motion. I den forbindelse ses det, at der blandt deltagerne især er et stort incitament for at træne styrke, bevægelighed, kondition, balance mv., hvilket 65 % angiver som værende meget vigtigt. Andre henholdsvis 47 % og 38 % synes tilsvarende, at det er meget vigtigt at dyrke motion med henblik på henholdsvis at lindre deres smerter eller for at tabe sig (Figur 11). Fra andre undersøgelser (Mindegaard, Ibsen, Kissow & Johansen) er der ligeledes en viden om, at der for deltagerne er et stort incitament i at dyrke motion i, at man efterfølgende vil være bedre rustet til at klare de daglige gøremål. Også ved fokusgruppeinterviewene blev der lagt vægt på, at en årsag til at deltage var, at man på den måde blev bedre rustet til at klare dagligdagen (Hold 1-3, Hold 4-5).

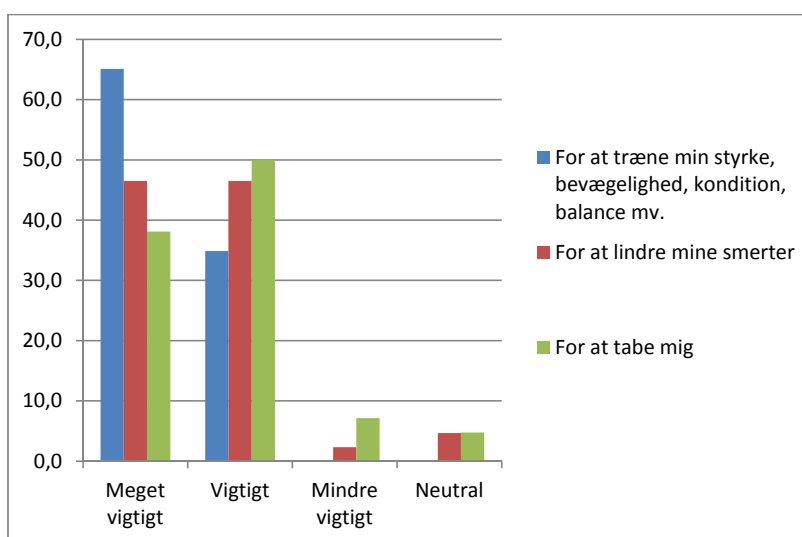
Et af de punkter, der har været diskuteret i forbindelse med SLID-projektet, er deltagernes vægt, da en stor del af dem, jævnfør tidligere, er overvægtige i forskellig grad. I den forbindelse er det interessant, at i alt 88 % siger, at årsagen til, at de dyrker motion er, at det enten er meget vigtigt eller vigtigt for dem at tabe sig. Et forhold der også blev berørt fra anden side, da det konstateredes, at man i SLID-projektet i Hvidovre Kommune *har haft mange meget overvægtige* [samtidig med, at] *det er et spørgsmål, om de fik noget ud af det* [på grund af deres store overvægt] (Interview 3).

Ved de afholdte fokusgruppeinterviews spillede vægttab dog ikke en større rolle. Om det skyldes deltagernes blufærdighed over for at tale om deres vægt, er det ikke muligt at sige

noget om. Samtidig må deltagernes holdning til vigtigheden af vægttab ses i relation til, at der i forbindelse med patientuddannelsen og træningen blev afholdt et kursus med en diætist. For de fleste var dette kursus meget bevent, om end flere nævnte, at de ikke fik nogle oplysninger, de ikke i forvejen var bekendt med. Andre lagde vægt på, at de i forbindelse med kurset havde fået mulighed for erfaringsudveksling med andre, hvilket havde været godt (Hold 1-3). Det kan på den baggrund konstateres, at deltagerne i SLID-projektet, som mange andre (Dansk Oplysnings Forbund 2012), har kendskab til kostrådene, men at de på den anden side set ikke efterlever dem.

Blandt deltagerne i fokusgruppeinterviewene var der forskellige holdninger til den gennemførte patientuddannelse. Der var således overordnet fokus på, at man på den ene side blev præsenteret for en nyttig viden, mens der på den anden side var flere, der mente, at de i forvejen var bekendt med denne viden. Og på trods af at mange selv nævnte maden som et af de områder, der kunne være med til at gøre, at de tabte sig, så sporedes der ikke nogen større vilje til at omlægge denne del af dagligdagen. Flere kom i den forbindelse ind på, at de ikke ville være i stand til at gennemføre så krævende ændringer i hele deres liv på en gang (Hold 1-3, Hold 4-5).

Figur 11. Hvorfor dyrker du motion, 1 (pct.)?

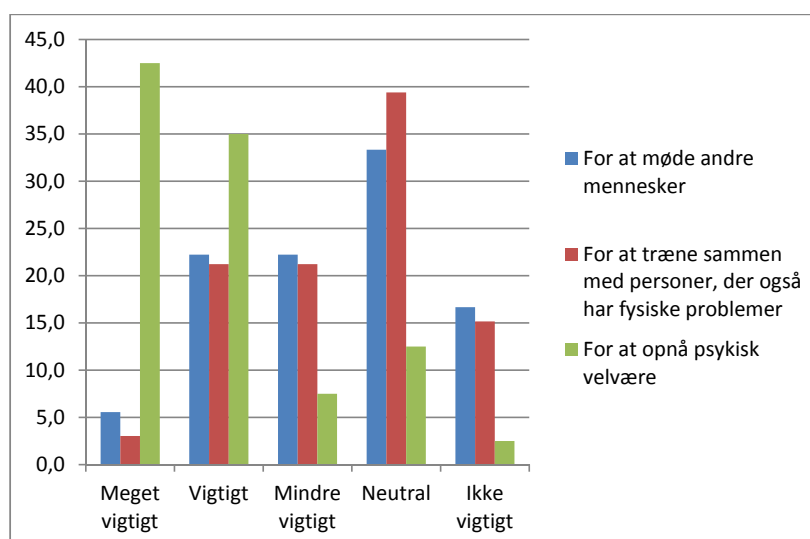


For det andet ses der på, hvilken betydning deltagelse i motion har for forskellige sociale forhold. I den forbindelse er det interessant, at en majoritet på henholdsvis 39 % og 33 % forholder sig neutrale til udsagnene om, at de dyrker motion for enten at træne sammen med personer, der også har fysiske problemer, eller for at træne for at møde andre mennesker. I den sammenhæng er det interessant, at hele 43 % relaterer deres deltagelse i motion til et ønske om at opnå psykisk velvære (Figur 12). Andre undersøgelser har vist samme tendens, at det sociale samspil med andre har en forholdsvis lille betydning for deres deltagelse i fysisk træning, når det drejer sig om patientgrupper (Mindegaard, Ibsen, Kissow & Johansen), når man ser på de kvantitative svar.

Resultaterne er interessante, når de ses i sammenhæng med det, som deltagerne kom frem med til fokusgruppinterviewene. På den ene side tillægger man det således ikke nogen større betydning at dyrke motion sammen med andre mennesker. Men på den anden side, hvilket kom frem af interviewene, så påpeges det gentagne gange, at det er i interaktionen med andre mennesker, at man opnår de bedste resultater. Eksempelvis ved Hold 1-3, hvor der nogle steder blev etableret et stærkt fællesskab mellem deltagerne, hvor de forpligtigede sig til at møde op til træningen. Det skete eksempelvis via en Facebook-gruppe og en telefonkæde, hvor man huskede hinanden på, at der var træning. Den sociale interaktion, der er mellem deltagerne i et projekt, må således ikke underkendes (Hold 1-3).

Samtidig var der stor konsensus om, at det at træne på et hold sammen med at der blev lavet opfølgende test, var en stærk medvirkende årsag til at beholde motivationen. Mange påpegede, at hvis der ikke havde været et holdfællesskab, så ville de ikke have mødt op til træning så mange gange, som de rent faktisk gjorde (Hold 1-3). Dette skal ses i relation til, at deltagerne på Hold 1-3 generelt set var mere ressourcestærke end deltagerne på Hold 4-5.

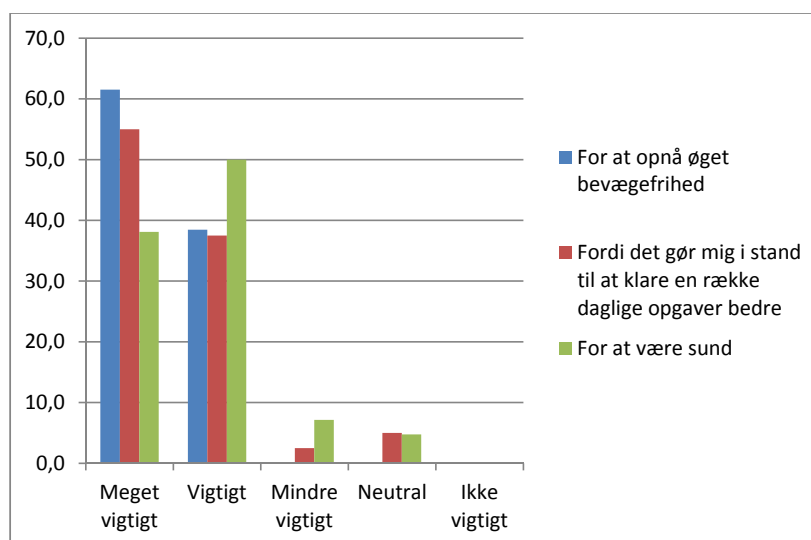
Figur 12. Hvorfor dyrker du motion, 2 (pct.)?



Endelig viser det sig, at mange henfører deres fysiske aktivitet til, at de på den måde bliver bedre i stand til at kunne klare sig. Det er således hele 62 % og 55 %, der siger, at det er meget vigtigt for, at de henholdsvis kan opnå øget bevægefrihed, og fordi det gør dem i stand til bedre at klare en række daglige opgaver. Kun meget få, omkring 10 %, mener, at dette enten er mindre vigtigt, eller at de er neutrale over for det. Samtidig er der lidt færre, 38 %, der svarer, at de dyrker motion på grund af, at de vil være sunde (Figur 13).

Disse svar stemmer godt overens med de foregående, da de viser, at deltagerne i SLID-projektet er meget funktionsorienterede og ofte relaterer deres deltagelse i projektet til, at det gør dem i stand til at kunne klare forskellige opgaver bedre og med mindre smerter. Et forhold der blev underbygget af interviewene (Hold 1-3 og Hold 4-5).

Figur 13. Hvorfor dyrker du motion, 3 (pct.)?



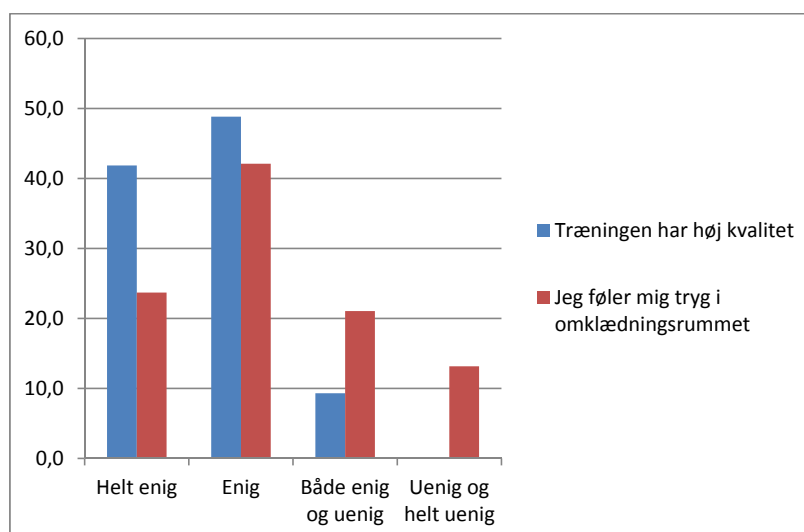
Deltagernes aktivitet i projektet

Herunder beskrives og analyseres det, hvor ofte deltagerne har været aktive i projektet, om der er barrierer for, at de kan være fysisk aktive, hvilke barrierer det er, og om disse barrierer overvindes, og hvordan deltagerne forholder sig til at være fysisk aktive fremadrettet.

Sammenlagt 91 % er enten helt enig eller enig i udsagnet om, at det har betydning for, at de kan/vil gå til motion, at træningen har høj kvalitet. Lidt mindre, sammenlagt 66 %, er enten helt enig eller enig i udsagnet om, at det, at de føler sig trygge i omklædningsrummet, har betydning for, at de kan/vil gå til motion (Figur 14).

I den forbindelse var deltagerne i fokusgruppeinterviewene meget enig om, at de havde fået en meget god undervisning og træning (Hold 1-3 og Hold 4-5). Om det direkte betød, at det var årsagen til deres store fremmøde, kan det være svært at sige noget entydigt om. Men

Figur 14. Hvad betyder følgende for at du kan / vil gå til motion, 1 (pct.)?

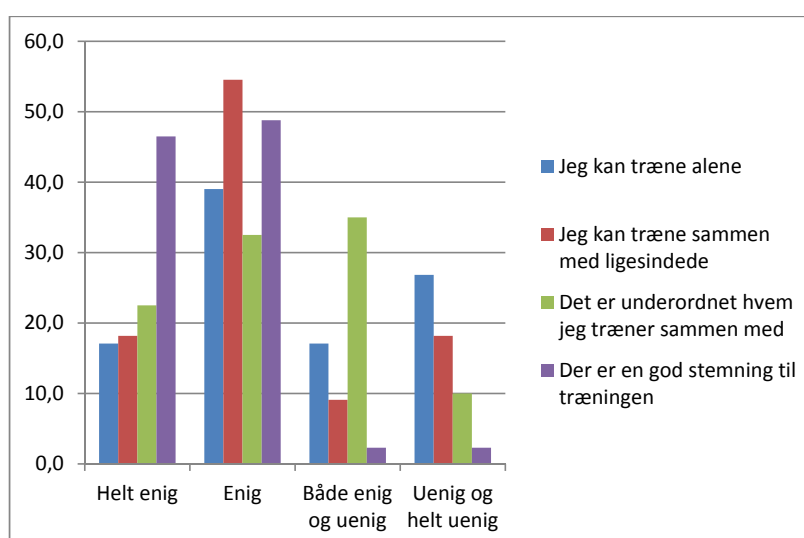


enkelte påpegede, at de ikke andre steder kunne have fået en lignende vejledning som den, de fik af fysioterapeuterne i SLID-projektet (Hold 1-3).

Det er ikke til at komme med noget entydigt svar på, om deltagerne i SLID-projektet overordnet set ønsker at træne alene eller sammen med andre, når de skal indikere, hvordan de i fremtiden ønsker at træne. På den ene side viser den kvantitative undersøgelse, at der sammenlagt er 56 %, der er enten helt enig eller enig i, at det har betydning for, om de kan/vil gå til motion, at de kan træne alene. På den anden side er der henholdsvis 73 % og 55 %, der siger, at de er helt enige eller enige i, at det har betydning for, om de kan/vil gå til motion, at de enten kan træne sammen med ligesindede, eller at det er underordnet, hvem de træner med. Det, der ser ud til at have størst betydning, er, om der er god stemning til træningen. Dette udsagn er sammenlagt 95 % enten helt enig eller enig i har betydning for, om de kan/vil gå til motion (Figur 15).

Dette hænger godt sammen med det, der kom frem under fokusgruppeinterviewene. Af dem fremgik det således, at det for de fleste på den ene side var forholdsvis underordnet, hvem de trænede med, mens de på den anden side ikke ønskede at blive udstillet som værende anderledes på grund af deres ofte nedsatte mobilitet og funktionalitet. Der var derfor blandt deltagerne i SLID-projektet en vis uvilje mod træning i eksempelvis kommercielle centre og lignende. Samtidig havde det, at der var en god stemning til træningen en meget stor betydning. Denne betydning kan dels henføres til, at flere af deltagerne mente, at det var med til at gøre, at de også dukkede op nogle af de gange, hvor de ellers ville være blevet væk, dels betød den gode stemning, at de anstrengte sig lidt mere, end de ellers ville have gjort. Den gode stemning var således også befordrende for, at der dels blev lavet et større antal øvelser, dels at øvelsernes udførelse har fået en større kvalitet (Hold 1-3). Det kan ikke på baggrund af ovenstående konstateres, at der er behov for særskilte hold til personer med artrose. Men svarene giver en formodning om, at de her interviewede borgere har behov for andre tilbud end dem, der forefindes i foreningsidrætten. På trods af, at mange ønskede at træne selv og individuelt, var der klare gevinster ved at være på hold. Og samtidig følte en del af deltagerne, at de ikke ”hørte til” i den traditionelle foreningsidræt, på grund af forskellige fysiske skavanker.

Figur 15. Hvad betyder følgende for at du kan / vil gå til motion, 2 (pct.)?



Efter projektet, erfaringer og barrierer

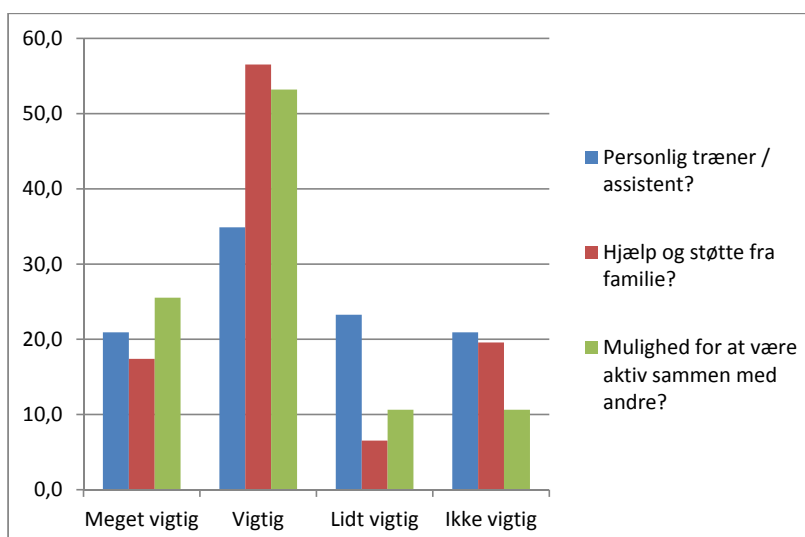
For lidt over halvdelen, henholdsvis 56 %, 74 % og 79 %, er det enten meget vigtigt eller vigtigt, at de enten har en personlig træner eller assistent; får hjælp og støtte fra familien; eller har mulighed for at være aktiv sammen med andre, for at de kan være mere fysisk aktive (Figur 16).

For det første er der her tale om en gruppe af personer, hvor mange for det første er forholdsvis ældre, samtidig med at de fleste i et vist omfang er begrænset i deres muligheder for at bevæge sig fysisk. De har dermed, mere end andre, brug for hjælp fra andre, for at kunne være mere fysisk aktive.

For det andet, og måske væsentligst, så peger de fleste af deltagerne i SLID-projektet på, at den synergi, de har oplevet i forbindelse med deres træning, har animeret dem til at komme så ofte som muligt. Dette sociale fællesskab er eksempelvis i Hold 1-3 blevet forstærket ved, at nogle har dannet en Facebook-gruppe, mens andre har dannet forskellige andre former for ad-hoc fællesskaber. Herunder er der flere, der arbejder på, at de kan blive ved med at træne sammen også efter SLID-projektet er afsluttet.

Andre har således i fokusgruppinterviewene efterspurgt, om ikke nogle af de forskellige aftenskoler, eksempelvis AOF eller FOF, kunne gå ind og overtage træningen, når SLID-projektet ophører. Der er således fra deltagerens side af en stor erkendelse af, at den nok største barriere mod at være fysisk aktiv er, at der ikke er den samme motivation, når man ikke er en del af det fællesskab, der er på et hold (Hold 1-3). Andre igen drejede her diskussionen over i en anden retning, hvor der blev stillet spørgsmålstegn ved, om det ikke ville være en god ide, om kommunen fremover implementerede elementer af SLID-projektet i sit daglige virke, så det gik fra at være et projekt til at blive en praksis. Ræsonnementet bag disse tanker var, om ikke det ville være bedre at forebygge end at operere, eksempelvis knæ og hofter (Hold 1-3).

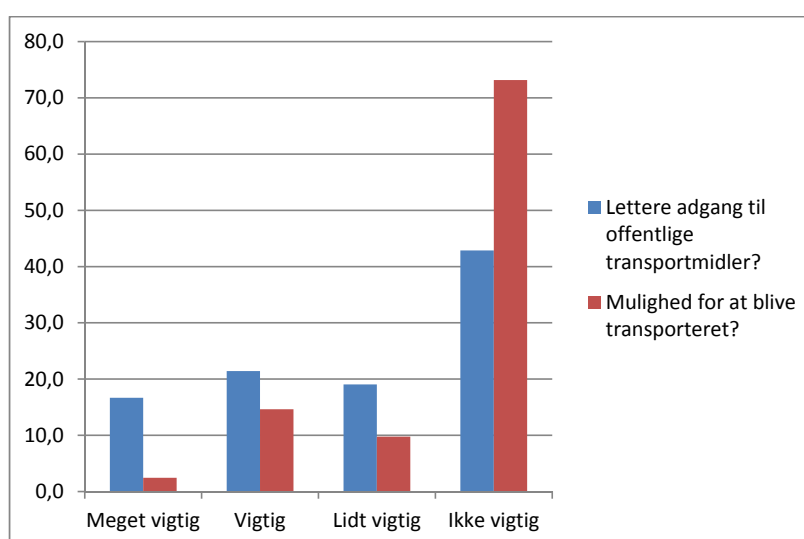
Figur 16. Hvor vigtige er de følgende eksempler på hjælp, for at du kan være mere fysisk aktiv, 1 (pct.)?



Det er meget få, sammenlagt 19 %, der siger, at lettere adgang til offentlige transportmidler eller muligheden for at blive transporteret kunne hjælpe dem til at blive mere fysisk aktive. For langt de fleste, henholdsvis 43 % og 73 % er det ikke vigtigt (Figur 17).

Der kan være flere årsager til disse svar. For det første så er de fleste af deltagerne i SLID-projektet mobile i et vist omfang, på trods af at de er ramt af artrose. For det andet er de alle bosat i Hvidovre Kommune, hvor der i forvejen er forholdsvis gode muligheder for offentlig transport, og for det tredje fremgik det af fokusgruppeinterviewene, at de fleste af deltagerne i SLID-projektet havde det meste af deres daglige gang inden for et forholdsvis begrænset geografisk område i Hvidovre Kommune (Hold 1-3). Andre undersøgelser viser tilsvarende, at afstanden til idrætsfaciliteter ikke har stor betydning for deltagelse (Høyer-Kruse 2013).

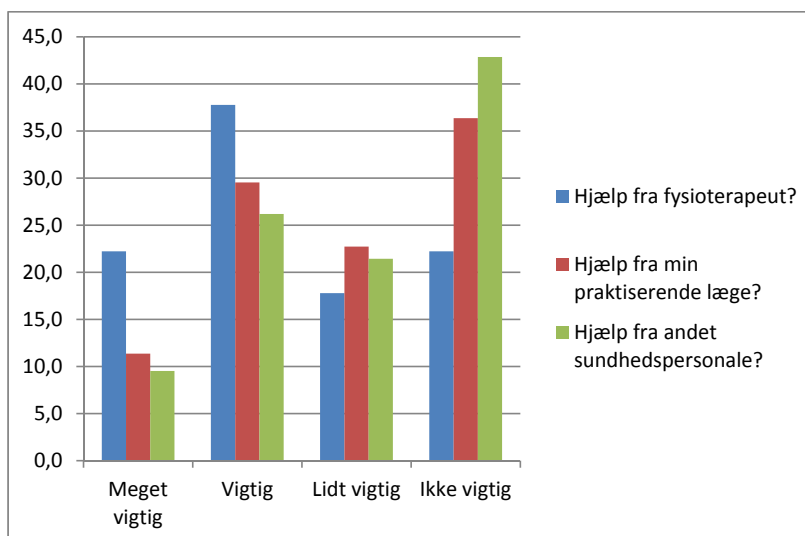
Figur 17. Hvor vigtige er de følgende eksempler på hjælp, for at du kan være mere fysisk aktiv, 2 (pct.)?



Det er kun henholdsvis 22 %, 11 % og 10 %, der mener, at hjælp fra en fysioterapeut, en praktiserende læge eller andet sundhedspersonale er meget vigtigt for dem for, at de kan være mere fysisk aktive. Der er dog henholdsvis 38 %, 30 % og 26 %, der anser det for vigtigt (Figur 18).

Ovenstående kan suppleres med, at der under fokusgruppeinterviewene ikke var nogen, der talte om, at det var vigtigt for dem at få ekstern hjælp for at være mere fysisk aktiv. Det kan måske henføres til, at der kan være tvivl om, hvad der menes med at få hjælp for at være mere fysisk aktiv: Er der tale om hjælp på et mere overordnet niveau i form af henvisning og lignende (eksempelvis som i Motion på recept), eller er der tale om hjælp på et mere praktisk niveau, eksempelvis i forbindelse med at udføre øvelser og lignende? For de fleste interviewede var det den praktiske hjælp, der blev efterspurgt. Det drejede sig i den forbindelse oftest om, at de i forbindelse med SLID-projektet følte, at de fik en supervision i forbindelse med holdtræningen, som de enten ikke, eller kun i begrænset omfang, ville kunne få andre steder, eksempelvis i kommercielle centre og lignende steder (Hold 1-3). Den hjælp en fagligt uddannet fysioterapeut kan tilbyde, ser således ud til at være vigtig.

Figur 18. Hvor vigtige er de følgende eksempler på hjælp, for at du kan være mere fysisk aktiv, 3 (pct.)?



Vedrørende deltagere med tilknytning til arbejdsmarkedet (Hold 4-5)

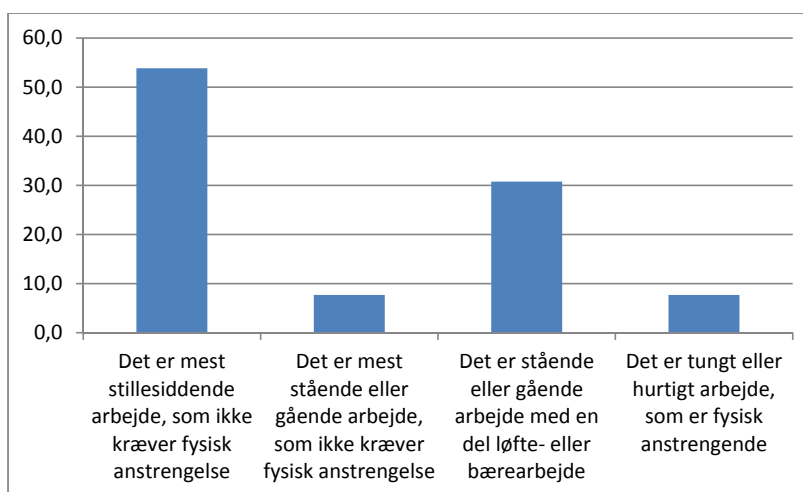
En forklaring på, hvorfor så forholdsvis få dukkede op til fokusgruppeinterviewene, kan være, at personerne i denne gruppe følte sig specielt udsatte med hensyn til at få deres dagligdag til at hænge sammen. Af de interviews, der blev gennemført, fremgik det således, at det at være på arbejdsmarkedet for disse personer betød, at de havde meget lidt overskud til at deltage i andre aktiviteter og herunder også fokusgruppeinterviews. Flere af de personer, der mødte op til fokusgruppeinterviewene, sagde således, at de var så plaget af smerter, at de skulle bruge op mod et par timer om morgenen på *at komme i gang*, og at de, når de kom hjem fra arbejde, havde brug for et par timers hvile, inden de kunne begynde at bruge deres krop igen (hermed menes at bruge deres krop til eksempelvis at gå ud at handle, eller transportere sig hen til det sted, hvor fokusgruppeinterviewet skulle finde sted).

I den gruppe af deltagere i SLID-projektet, der var på Hold 4-5, var der 77 %, der svarede ja til spørgsmålet om, hvor vidt de var i arbejde. Det at være i arbejde dækkede så over, at 7 ud af de 13 personer havde en 37 timers arbejdsuge, mens de resterende 6 personer havde en ugentlig arbejdstid på mellem 15 og 32 timer. Den gennemsnitlige arbejdstid for denne sidste gruppe af personer var på omtrent 23 timer. Af de gennemførte interviews fremgik det, at de fleste følte, at de arbejdede det maksimale antal timer i forhold til, hvad de fysisk set kunne klare. Og det blev fra flere tilkendegivet, at det at de arbejdede så mange timer, som de gjorde, gik ud over aktiviteter i deres fritid. Der var simpelthen ikke overskud til at gøre ret meget (Hold 4-5).

En majoritet på 7 ud af 13 svarede, at de har et arbejde, der mest er stillesiddende, og at det ikke kræver fysisk anstrengelse. Sammenlagt 5 personer oplyste, at de har arbejde, der enten indebærer en del løfte- eller bærearbejde, eller at de har et arbejde, der i et eller andet omfang er fysisk anstrengende (Figur 19).

I de tilfælde, hvor deltagerne har et arbejde, der i en eller anden form er fysisk anstrengende, er der eksempelvis tale om SOSU-hjælper eller pedel. Job hvori der foregår forskellige former for løft og forflytning med hyppige skift.

Figur 19. Hvor fysisk anstrengende dit arbejde sædvanligvis (pct.)?



Dem, der er i arbejde, har været i deres nuværende stilling i mellem 5 og 26 år, og de har været på arbejdsmarkedet i mellem 18 og 43 år. Sættes dette i relation til deres alder giver det en indikation af, at man her har en persongruppe, der har en kortere uddannelse, samtidig med at de fleste er startet på arbejdsmarkedet i 17-18 års alderen.

Der er samtidig 65 %, der svarer, at de tidligere har været i et arbejde, der er mere fysisk anstrengende end deres nuværende arbejde. Af fokusgruppeinterviewene fremgik det, at et par af deltagerne havde skiftet deres oprindelige arbejde ud med et, der var mindre fysisk krævende, også selv om de på den måde kom til at arbejde inden for et område, hvor de ikke anvendte deres uddannelsesmæssige kvalifikationer (Hold 4-5). Det kan være i det tilfælde, hvor en faglært håndværker tager et andet og mindre fagligt krævende arbejde, da han ikke mere er i stand til at varetage sit oprindelige arbejde på grund af artrose i forbindelse med svær overvægt. Han mente således, at det ville være forbundet med en arbejdssikkerhedsmæssig risiko, hvis han var blevet i sit oprindelige fagområde. Man kan i disse tilfælde tale om, at det at have artrose er med til at give de ramte en jobmæssig deroute.

Delkonklusion: Evaluering af deltagerne oplevelse af projektet

Tre punkter er vigtige at fremhæve i forhold til evalueringen af deltagerne oplevelse af SLID-projektet.

For det første er det et gennemgående træk for deltagerne i SLID-projektet, at det har haft stor betydning for dem, at de træner på et hold. Det bliver især eksemplificeret i de kvalitative interviews, hvoraf det fremgår, at holdtræningen dels betyder, at deltagerne har et større incitament til at møde op til træningen, dels at deltagerne oftere tilkendegiver, at de er mere tilbøjelige til at udføre øvelser derhjemme.

For det andet er der en stor tilfredshed med selve SLID-projektet. Instruktørerne er blevet rost, især den iver, hvormed de har været i stand til at rette, vejlede og tilskynde deltagerne til at træne. Også lokaliteterne synes deltagerne godt om, de har opfyldt de behov, som træningen har fordret, og de har adskilt sig fra, hvordan idræts- og motionslokaliteter ellers er indrettet.

For det tredje efterspørger deltagerne, direkte og indirekte, at der i et eller andet omfang kommer nogle tilbud, der følger op på den uddannelse og træning, de har været igennem. Der er således blandt deltagerne stor enighed om, at det at komme til en regelmæssig kontrol, hvor man bliver ”målt og vejlet”, er med til at fastholde de tillærte vaner. Der var således flere, der efterspurgte dels, at der i et eller andet omfang blev arbejdet videre med de allerede etablerede hold, dels var der flere der efterspurgte kontroller med faste interval. Denne opfølgning kunne eksempelvis bestå af brobygning til Sundhedscentrets månedlige diætistcafe, hvor man kan drøfte mad og indkøb med en diætist og blive vejlet af vedkommende, eller brobygning til andre tilbud, eksempelvis idræt, sociale tilbud og lignende.

Ovenstående peger hen mod, at SLID-projektet på den ene side er blevet godt modtaget, og især har givet deltagerne en god træning. På den anden side tyder udtalelserne på, at det især er den forholdsvis korte periode, projektet har kørt over, der gør, at deltagerne ikke i større grad vil være i stand til at ændre deres livsstil. Der er således en vis selverkendelse at spore blandt deltagerne: Man kender godt til kostrådene, men følger dem ikke; man har muligheden for at udføre forskellige øvelser derhjemme, men får det ikke gjort; etc. Et mere permanent tilbud kan, men behøver ikke, at udgøre det rum, der kan gøre livsstilsændringer mere permanente.

Man kan tale om (mindst) tre dilemmaer i forhold til SLID-projektet. For det første, så siger de fleste, at de gerne vil træne fleksibelt, samtidig med at de får størst udbytte af at være en del af et hold. For det andet viser det sig, at mange af deltagerne føler sig raske, samtidig med at de har smerter og har ondt. For det tredje, hvilket måske mere er et menneskeligt forhold end et dilemma, så er der stor efterspørgsel efter, at man kan få foretaget opfølgning på ens træning, for dermed at have noget at ”træne hen mod”.

Måske meget af arbejdet med denne form for projekter kan samles i udsagnet om, at *her, med samlede hold, har man opnået en god dynamik ... man synes bare, at det går så godt på holdet, og så kommer de til den her tremåneders opfølgning, og så er de gået i stå* (Interview 3). Det går, med andre ord, godt, så længe der er aktivitet omkring projektet, og, især, så længe deltagerne bliver holdt op på, at de skal træne, også derhjemme. Når denne del af projektet er overstået, og deltagerne overlades til sig selv, så viser det sig, hvor svært det er at gennemføre varige livsstilsændringer.

Procesevaluering af projektets implementering

Procesevalueringen omhandler den måde implementeringen af projektet er foregået på, og der fokuseres herunder på, hvilken betydning henholdsvis eksterne og interne forhold har haft for projektets succes.

Der er i denne del af evalueringen fokus på den organisatoriske kontekst, og hvordan denne kan understøtte en eventuelt senere implementering i Hvidovre Kommune. Procesevalueringen tager udgangspunkt i en række kvalitative semistrukturerede interviews (Kvale 1997), der for hovedpartens vedkommende blev gennemført i Hvidovre Kommune i forsommeren 2014, mens enkelte blev gennemført pr. telefon i sommeren 2014. Der blev sammenlagt gennemført 10 interviews, de fleste af tre kvarters varighed.

De interviewede havde forskellige positioner i forhold til projektet. Der blev således interviewet en fysioterapeut (der stod for uddannelsen og træningen), en genoptræningsleder

og en gruppeleder fra hjemmeplejen, en leder fra et kommunalt fitnesscenter, en kommunal afdelingsleder, en administrativ medarbejder fra Sundhedscentret og medlemmer af den til projektet nedsatte styregruppe. Interviewene afspejler således de forskellige niveauer der er i forhold til projektet, fra aktørerne på det lokale niveau over repræsentanter for det lokale niveau i form af ledende medarbejdere, til det politiske niveau, hvor Kommunernes Landsforening er interesseret i projektet.

Overordnet set belyser procesevalueringen for det første, hvilken rolle de enkelte har haft i forhold til projektet, og herunder, hvilken betydning projektet har haft i den organisatoriske ramme den enkelte tilhører, hvilken prioritering projektet har i forhold til andre arbejdsopgaver, og hvilken betydning projektet har haft i forhold til eksempelvis læring, udbytte og barrierer. For det andet belyses det, hvilket samarbejde der har været forbundet med projektet: Hvordan har det fungeret, er der barrierer, kan projektet optimeres, med mere. I forbindelse hermed evalueres det, hvor vidt de implementerede har den fornødne viden og erfaring for at kunne deltage i projektet. For det tredje ses der på fremtiden, og hvilke muligheder der er for, at projektet kan blive implementeret, så det også kan blive en del af Hvidovre Kommunes tilbud efter projektperiodens ophør.

I forbindelse med evalueringen af projektets implementering tages der udgangspunkt i tre begreber, som studier i implementeringsteori har påvist som centrale (Høyer-Kruse 2008), for at forankre nye tiltag og projekter (Lundquist 1987; Vedung 1997). Disse tre begreber beskrives efterfølgende, med henblik på at vise, hvordan de er operationaliseret i relation til denne evaluering.

FORSTÅELSE: Har de forskellige aktører og samarbejdspartnere forstået målet med samt omfanget og karakteren af den konkrete opgave? Dette set i relation til deres respektive placering i forhold til projektet.

VILJE: Har de forskellige aktører og samarbejdspartnere grundlæggende en vilje til og interesse for at virkeliggøre de mål og aktiviteter, der gælder for projektet? Prioriteres formålet / emnet / aktiviteterne og har det opmærksomhed i den enkelte organisation og forvaltning?

EVNER: Har de centrale aktører og samarbejdspartnere de nødvendige evner (kompetencer, faglighed) og ressourcer (økonomi og tid) til at gennemføre aktiviteterne? Det handler i denne sammenhæng både om specifikke faglige kompetencer inden for træning og bevægelse og viden om og erfaring med samarbejde med andre organiseringsformer på tværs af forvaltninger og fagområder.

I forbindelse hermed skal der i procesevalueringen ses på, om det i forbindelse med projektet er lykkedes at oprette ”en struktureret, gensidigt forpligtende og dialogbaseret samarbejdsform mellem forskellige sektorer, der ved at kombinere deres ressourcer og kompetencer arbejder sammen for at løse konkrete problemer, udvikle processer og/eller nye aktiviteter” (Høyer-Kruse m.fl. 2008). Dette er sket ved, at de tre ovenstående begreber er sat ind i en ramme (Figur 20), der er udarbejdet på baggrund af erfaringer fra lignende evalueringer (Høyer-Kruse m.fl. 2008).

Det yderste led, politik og samfund, henviser til makro-omgivelserne. Der henvises hermed til de helt overordnede samfundsmæssige og politiske forhold, der har betydning for den måde, projektet udvikler sig på. Dette led refererer således både til den overordnede strategi, der er til stede i forbindelse med tildelingen af midler til specifikke projekter, i form af udviklingspuljer og lignende, samtidig med at det refererer til den generelle viden, der er på

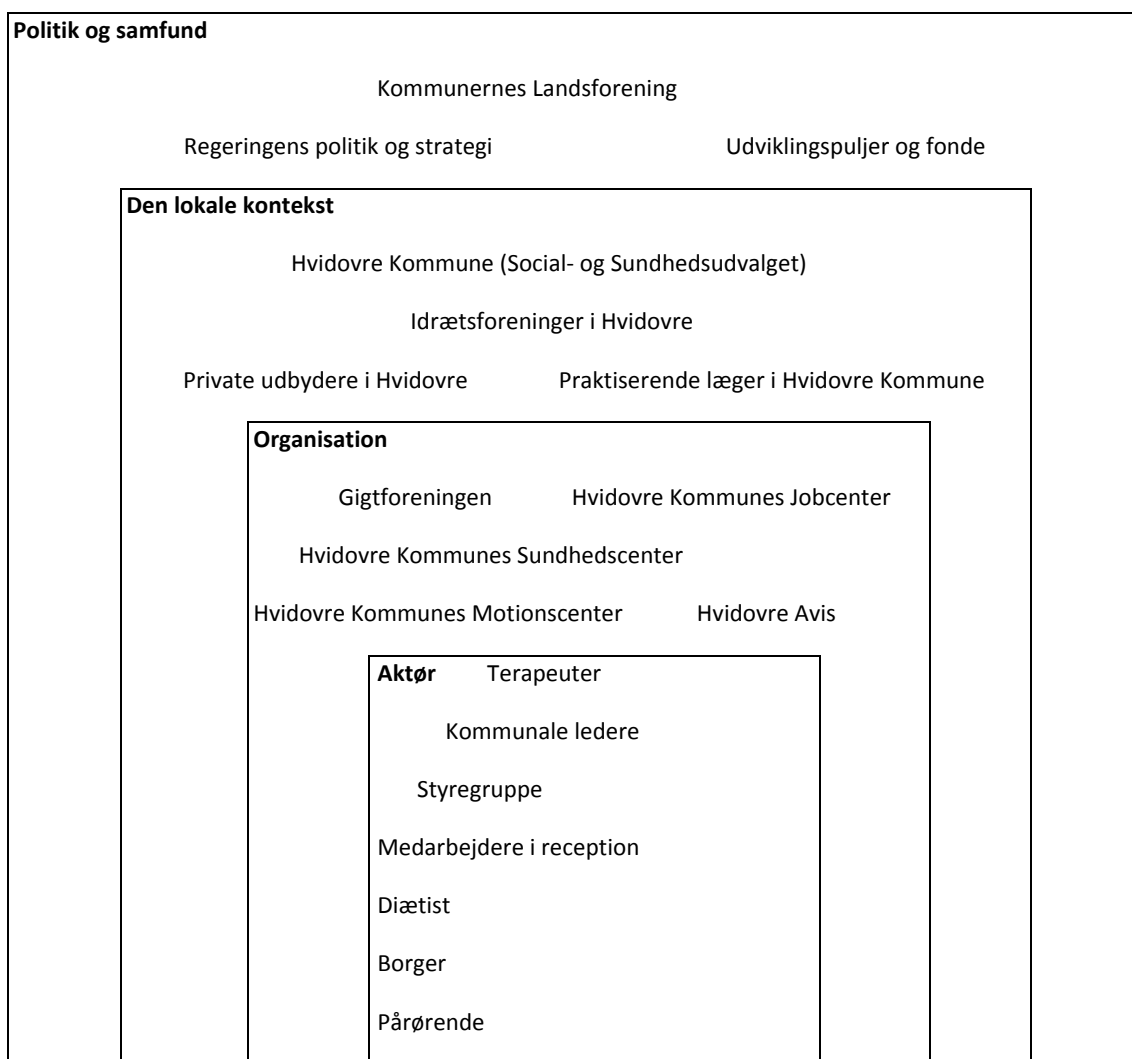
området. Det være i form af tidligere undersøgelser med mere.

Det andet led, den lokale kontekst, søger at belyse de specifikke forskelle, der er på projekter, der gennemføres i forskellige lokalområder. Disse forskelle kan eksempelvis henføres til organiseringen og udformningen af det lokale projekt. Det andet led er således præget af historiske forhold i det område, der analyseres, herunder hvilken tradition der er for at arbejde med at implementere projekter i den lokale institutionskultur.

I det tredje led, organisationer, ses der på, hvorledes de forskellige institutionelle aktører interagerer i forhold til projektet. Der ses i den forbindelse på, hvilke traditioner der er i de enkelte organisatoriske enheder, hvor vidt de er vant til at indgå i partnerskaber med andre institutionelle enheder, og hvilken prioritet projektet gives de enkelte steder.

Endelig er der det fjerde, og inderste led, aktører. I dette led fokuseres der på, hvilken betydning de enkelte aktører fra projektet har på dette. Der vil herunder blive set på, om nogle aktører virker henholdsvis fremmende eller hæmmende på projektet. Dette i relation til den position, de har i forhold til projektet, og herunder også den motivation man må formode deres respektive placering giver dem.

Figur 20. Udfærdiget til denne evaluering på baggrund af Høyer-Kruse m.fl. 2008.



Overordnet set var formålet med SLID-projektet, at der skulle udvikles en model for en proaktiv indsats inden for Hvidovre Kommunes regi med henblik på at mindske den sociale ulighed i forhold til behandlingen af artrose. Spørgsmålet er, om dette er lykkedes? I den forbindelse opereres der med tre delmål, som i det følgende vil blive diskuteret.

Fremtidig implementering

Det første delmål, der skal evalueres, er, hvor vidt det er lykkedes at udvikle en metode, så SLID-projektet efterfølgende kan implementeres i Hvidovre Kommunes daglige praksis, og herunder, om det er lykkedes at skabe en platform for rekruttering af borgere, der ikke normalt opsøger denne slags sundhedstilbud?

Den første del af spørgsmålet, om det er lykkedes at udvikle en metode til at implementere SLID-projektet i Hvidovre Kommune, er det ikke pt. til at give et entydigt svar på, da man først på baggrund af projektets erfaringer skal til at påbegynde arbejdet. Alligevel er der indikationer på, at (dele af) projektet kan indføres. Der arbejdes således allerede i genoptræningen med mange af de samme teknikker, og det pointeres også, at *vi kan, sagtens bruge noget af det videre i genoptræningen ... vi vil se, om vi fremover to gange om året kan starte et hold op samtidig. Jeg håber, at vi også får undervisningen med, som er rigtig vigtig* (Interview 3). Der er således ikke på nogen måde tale om, at der er revolutionerende nye ting i de øvelser, der laves. Det nye, og det der har givet en stor del af de positive resultater, består i, at man arbejder med hold. Om det bliver muligt at arbejde med hold fremover, er dog en beslutning, der ligger i det politiske system. Og, som det blev sagt, *Jeg kan lige som ikke fornemme en intern interesse for ... at lade os gå videre med det* (Interview 3). På den anden side, så har projektet givet de involverede forskellige redskaber, eksempelvis, så *jeg har nu en viden om, at vi gør sådan* (Interview 3), og der er opnået et større kendskab til, hvordan man arbejder andre steder i kommunen. En viden man kan, og vil, tage med sig videre i sit daglige arbejde. Selve projektet beskrives således som værende *en rigtig god ting at arbejde med, men det er svært at se, hvem vi skal tilbyde det. Selve konceptet, og projektet, er super, men hvordan får man det over i kommunen* (Interview 3)?

Et andet forhold er, at *når man begynder at tale implementering og drift, skal man til at tale kroner og ører* (Interview 5). Dermed rykker man fra det praktisk og udøvende niveau op i det politiske niveau. Fra den side blev der lagt vægt på, at *det her projekt havde den ting, at det kunne være bedre, billigere og rarere ...* (Interview 2), hvorfor man valgte at følge det nøje. Det betyder dog ikke, at en implementering ligger lige for, men, at man, på baggrund af projektets resultater, vil se, hvordan det i givet fald kan implementeres. Dette også ud fra et ræsonnement om, at *projektet var rigtigt tænkt fra starten* (Interview 2).

Der ser ud til at være en fælles forståelse for vigtigheden af en indsats, som den der er foregået i SLID-projektet, uanset hvilket kommunalt organisatorisk niveau, man befinder sig på. Ligeledes med evnerne, der formodes at være til stede på alle niveauer. Man har et projekt, der er velbeskrevet, og som man efterfølgende kan tage de dele ud af, der måtte passe ind i den kommunale kontekst. Viljen ser også ud til at være til stede, men er alligevel den ukendte faktor, da den i sidste ende må udspringe af det politiske niveau, da det er der, den endelige beslutning skal tages. Eventuelt også om, hvem der skal tilbydes deltagelse (herom mere efterfølgende).

Dermed lægges der også op til, at der må tages en diskussion om, hvilke borgere der skal tilbydes uddannelse og træning i regi af eksempelvis SLID-projektet fremover. Et af spørgsmålene, der behandles her er, om man har fået fat i den rigtige målgruppe? Det er i den forbindelse vigtigt at skelne mellem de to grupper, der har deltaget i projektet. Den første gruppe, bestående af fortrinsvis ældre borgere, der alle står uden for arbejdsmarkedet, og den anden gruppe, bestående af borgere, der har en vis tilknytning til arbejdsmarkedet. Den første var det nemt at rekruttere fra, den sidste var det meget svært at rekruttere fra. Forskellen er blevet beskrevet således: *vi har haft en masse pensionister, som har råd ... som vil have mere og mere og mere ... de havde jo heller ikke deres arbejde. De sidstnævnte [den gruppe der havde tilknytning til arbejdsmarkedet] ville ikke have overskud [økonomisk eller fysisk] til at gå til dette tilbud. Hvordan skulle man så visitere disse folk til det* (Interview 3)?

Der var med andre ord en meget stor forskel på de to deltagende grupper, og spørgsmålet var, om den førstnævnte gruppe hørte til i et sådant kommunalt tilbud: *Fanger vi de rigtige, og hvem skal tage stilling til det* (Interview 3)? Dette må ses i relation til eksklusionskriterierne, der også kom til debat. Spørgsmålet var således, hvor vidt disse kriterier var for eksplícitte, da der var *nogle medarbejdere ... de har været der mellem 6 og 28 år ... de har ondt i skulderen, i hænderne, i knæene ... og de er bosat i Hvidovre Kommune ... men de har ikke diagnosen slidgigt. Det er nok dem selv ... smerterne har ikke været så kroniske, at de er gået til egen læge* (Interview 1). Dette kan henføres til, at mange af de kommunale medarbejdere, der var i målgruppen, blev ekskluderet på grund af en manglende diagnose. Noget kunne således tyde på, at man fremover må arbejde mere med inklusionskriterierne: *Jeg synes ikke, vi var helt skarpe på, hvilke borgere der skulle rekrutteres ... det var lidt svært at sidde der ... men det er jo et projekt, så vi er nødt til at finde ud af det* (Interview 3).

At der (måske) skal arbejdes med inklusionskriterierne ses ved, at der også kan blive tale om en ideologisk diskussion: *Hvor meget skal kommunen betale, og hvor meget skal borgerne selv betale? Vi kører jo en form for konkurrence mod de private centre der tilbyder det samme ... så hvem skal have gratis træning* (Interview 3)? Dette hænger sammen med, at det skønnedes, at deltagerne på de første tre hold, Hold 1-3, havde et økonomisk overskud der gjorde, at de ville være i stand til selv at betale for denne uddannelse og træning, mens deltagerne på de to sidste hold, Hold 4-5, omvendt blev betegnet som pressede med hensyn til job og økonomi. Det kan måske herom konkluderes, at man efterfølgende *skal ud i det faglige rum og diskutere, hvilke tilbud det er vi giver til borgerne* (Interview 2).

Den endelige diskussion om projektets eventuelle fremtid og mulige implementering ser således ud til at koncentrere sig om, hvor vidt man mellem det politiske og det organisatoriske kan blive enige om en definition på, hvordan eksklusions- og inklusionskriterierne bør være. Samtidig skal der i den forbindelse ses på, hvilke kanaler man efterfølgende skal kommunikere på, for dels at sikre, at projektet kommer rundt i hele organisationen, dels for at sikre, at alle har den samme opfattelse af, hvad inklusionskriterierne går ud på, og hvordan de skal forstås og efterlevs. Fra aktørniveau vil man i den forbindelse primært have rollen, som udfører og til tider også budbringer. Dette giver aktørniveauet en ganske central position, da det er på baggrund af dette niveaus tolkning af inklusionskriterierne, at antallet af mulige deltagere til kommende GLA:D-projekter fastsættes. Samtidig vil det også spille en stor rolle, hvor vidt det med en mere permanent organisering vil lykkes at gøre de lokale læger interesserede i at henvise patienter til projektet.

Brobygning til andre tilbud

Det andet delmål gik på, om der er blevet etableret brobygning til andre træningstilbud, så borgerne dels kan fortsætte de gode vaner, og at man dels kan hindre, at der sker en forværring af deres sygdom. Det ligger ikke, eksplicit, i SLID-projektet, at der skal arbejdes med at lave brobygning til andre træningstilbud. Men i SLID-projektet er dette sket, da man har søgt at arbejde hen mod, at projektdeltagerne ikke står alene efter projektets afslutning. Brobygningen er sket ved, at man har søgt at tilskynde projektdeltagerne til at foretage livsstilsændringer, hvor de så i højere grad efterfølgende formodes at ville søge efter, at leve et aktivt liv. Der er dermed tale om en brobygning for borgerne, hvor de skal henvises til eksempelvis motionscentre og foreninger. Dette skal ses i relation til, at man i SLID-projektet gav ... *kommunerne det som en behandlingsopgave ... det giver den mulighed, at man nu gør træningstilbuddet til førstevalg* (Interview 2). Med andre ord, en ny opgave, hvor kommunerne, med træningstilbud, vil gøre patienter klar til en kommende operation.

Man kan så, efter at have set på den måde (de fleste af) borgerne har reageret på, efter at de er færdige med den egentlige uddannelse og træning, stille spørgsmålstejn ved, om man er lykkedes med denne del af projektet? På den ene side har det vist sig, at uddannelsen og træningen har givet gode resultater, og at den er blevet meget godt modtaget blandt deltagerne. Det er ikke overdrevet, når det hævdes, at *det har været godt for dem ... de har været der alle 10 gange ... og de har været glade for det* (Interview 1). Som det er vist tidligere i denne rapport, så har uddannelsen og træningen hjulpet på de fleste, der har været stor deltagelse, og der har været en god stemning omkring aktiviteten. Når man så alligevel må stille spørgsmålstejn ved, om dette delmål er nået, skyldes det, at det har vist sig, at det er svært at få deltagerne til at fortsætte med at være fysisk aktive. Der er således blevet talt om, at *de skulle mere skubbes ... de fleste havde lyst, men ikke midlerne til det* (Interview 3), hvilket er et udsagn møntet på deltagerne på Hold 4-5. Udsagnet viser måske meget godt hen til en overordnet problematik: på den ene side har man her, hvor der er tale om borgere, der på flere felter er såkaldt resourcesvage, fat i den helt rigtige målgruppe, og den målgruppe, som man oprindeligt gik efter at få med i projektet. På den anden side har det vist sig, at netop denne gruppe, som samtidig er den, der ville have mest ud af uddannelsen og træningen, er den sværeste at engagere. De fleste af disse borgere har så få ressourcer, at de ofte ikke orker at lave om på allerede fastetablerede vaner. I den forstand er projektperioden for kort til, at der sker noget markant. Et forhold der også er blevet berørt af flere deltagere, der har efterspurgt flere fremtidige kontroller.

Dermed ikke være sagt, at man har stået alene med projektet, for *det har også gjort, at der er blevet åbnet op for, at man har kunnet arbejde sammen med nogle andre end dem, man plejer at arbejde med* (Interview 3). Spørgsmålet er nærmere, om man mere direkte skulle arbejde hen mod at få lavet formaliserede samarbejder med nogle af de forhåndenværende idrætstilbud i Hvidovre Kommune?

En forespørgsel til det lokale kommunale motionscenter har vist, at der efterfølgende er blevet tilrettelagt et særligt tilbud til deltagere fra SLID-projektet finansieret af en lokal sundhedspulje. Der bliver i den forbindelse tilbudt træning, samme sted, som ved projektet, med instruktører (dog ikke uddannet i GLA:D-projektet). Dette tilbud har vist sig at have stor interesse. Der er således 36 deltagere fra SLID-projektet, der har tilmeldt sig, og pt. har 26

af disse enten deltaget på et hold eller fået udarbejdet et individuelt træningsprogram. Det er således omtrent halvdelen af de oprindelige deltagere, der er tilknyttet dette tilbud.

Dette eksempel kan vise, at det er muligt, i et vist omfang, at arbejde mere langsigtet med livsstilsændringer. Og at der er en del af deltagerne i SLID-projektet, der ikke kun er interesserede i det, men som også er i stand til at gøre noget aktivt ved det, og som derved udviser stor vilje. Der er pt. ikke viden om, hvordan disse 26 personer fordeler sig i forhold til Hold 1-3 og Hold 4-5. Samtidig kan den finansielle støtte til dette særlige tilbud måske give en indikation af, at man i Hvidovre Kommune har en vilje til efterfølgende at følge op på GLA:D-projektet.

Funktionsevne, smertereduktion og bedre livskvalitet

Det tredje delmål gik på, om man ved hjælp af eksempelvis smertereduktion, blev i stand til at fastholde arbejdstilknytningen for de borgere, der er i arbejde? Spørgsmålet er her, om man kan *undgå, at folk ryger ud af arbejdsmarkedet* (Interview 4)? Dette spørgsmål hænger sammen med, at der er fokus på, at det ... *inden for vores eget regi er mere hensigtsmæssigt at træne dem nu, end senere ... og dermed undgå nogle andre ting* (Interview 4). En forebyggende indsats er således at foretrække fra kommunal side.

Om projektet lykkes, med på sigt at fastholde folk i arbejde, er det for tidligt at komme med noget bud på. Samtidig er gruppen af borgere, der deltog i projektet, og som har en eller anden kontakt til arbejdsmarkedet, så lille, at det kan være svært at udtale sig specifikt om dette spørgsmål. På den ene side har uddannelsen og træningen helt sikkert hjulpet flere af deltagerne, men på den anden side var flere af dem så pressede ressourcemæssigt, at det er tvivlsomt, at de på sigt har glæde af det i forhold til at være på arbejdsmarkedet. Det er i den forbindelse, efter at man har arbejdet en tid med projektet, blevet sagt, at borgeren ikke bare er *en artrosepatient – men en borger med mange forskellige problematikker ... det har nok overrasket meget, hvor forskellige de er ... når man er meget diagnosefokuseret* (Interview 5). Samtidig har der været fokus på, at *fordelene ved at køre det kommunalt er, at vi har en mulighed for at bygge bro over til andre ting ... det nytter jo ikke noget, at patienterne kun laver nogle få øvelser* (Interview 5). Det ser dog ud til, at den fokusering, der fra starten har været på diagnosen, til en vis grad dels har stået i vejen for rekrutteringen af deltagere, dels har fyldt så meget, at man i mindre grad, end man måske har forventet, har set på borgeren i et større livsstilsperspektiv. Det har således været en barriere for meget af det, man ville lave, at mange af disse *borgere har virkeligt været komplicerede ... men det er nok noget med læring, som vi har måttet tage hen ad vejen* (Interview 5).

Fra deltagerne side er der flere der hævder, at deltagelsen i SLID-projektet har givet dem en bedre livskvalitet. Flere siger således, at de i forbindelse med træningen har opnået en smertereduktion, og at det er en medvirkende årsag til, at de nu kan klare flere ting i dagligdagen. Dette understøttes af, at flere samtidig siger, at de i løbet af projektperioden har nedsat deres daglige indtag af smertestillende medicin. Det er ikke på baggrund af de her foreliggende oplysninger muligt at sige noget om, hvor stort et medicinforbrug disse deltagere havde i forvejen, eller hvor vidt de primært fik medicin rettet mod deres artrose.

Delkonklusion: procesevaluering af projektets implementering

Evalueringen har vist, at der er stor forståelse for projektet, og for at arbejde med den gruppe af borgere, der er tale om. Forståelsen for projektets vigtighed aftegner sig således både på aktørniveau, blandt dem der har deres daglige arbejde i og med projektet, og på det mere strukturelle niveau, hvor projektet ikke kun anses som interessant i Hvidovre Kommune, men som et muligt foregangsprojekt for flere kommuner. Dette er blandt andet blevet tydeligt i forbindelse med den store eksponering, projektet har opnået, via omtale i såvel trykte medier som via indslag i TV. Forståelsen for projektets vigtighed er således en del af det kit, den fælles referenceramme, der binder de forskellige niveauer sammen.

Forståelsen for projektet har afspejlet sig i, at der også har været evner til stede for at føre projektet igennem. Evnerne skal ses i forhold til, at projektet er forankret i en lokal kontekst, hvor man indgår i et samarbejde med en ekstern interesseorganisation. Dette skal ses i relation til, at projektet *har været utroligt professionelt skruet sammen, så velbeskrevet ... og et super flot samarbejde med Gigtforeningen ... på den måde har vi fået det meste på et sølvfad* (Interview 4). Evnerne har vist sig i forhold til, at der til stadighed er blevet rettet op på eventuelle fejl, mangler og uklarheder, så projektet hele tiden har kørt forholdsvis gnidningsløst.

Viljen har også været til stede i projektet, fra aktørniveau til den lokale kontekst. Der er, på de forskellige niveauer, blevet investeret det arbejde i projektet, som det har fordret. Der, hvor den store udfordring kommer, er, hvis man skal til at arbejde videre med at implementere hele eller dele af projektet. Der skal man, for første gang siden der blev ansøgt om projektmidler, til at inddrage det politiske niveau. I den forbindelse må man påregne, at der vil komme nogle overordnede drøftelser, ud fra forskellige ideologiske problemstillinger, som eksempelvis kan vedrøre spørgsmålet om, *Hvad er vores kommunale forpligtigelse, og hvad er borgerens egne* [i forhold til inklusion og eksklusion]? og *Hvad er den overordnede målsætning for kommunen* (Interview 4)? Med andre ord, hvem skal man inkludere i, og hvem skal man ekskludere fra et sådant fremtidigt tilbud?

Forståelsen af projektets vigtighed skal yderligere ses i relation til, at Kommunernes Landsforening har valgt at følge projektet, noget de ikke normalt vælger at gøre. Når de har valgt at følge, og involvere sig i, dette projekt, skyldes det, at de, for så vidt der opnås tilfredsstillende resultater, mener, at det vil kunne danne udgangspunkt for en drøftelse af hvorvidt og hvordan man efterfølgende kan søge at implementere det, eller dele af det, i andre kommuner.

Samlet konklusion og økonomisk perspektivering

Konklusion

Effektevalueringen viste, at deltagerne i SLID-projektet i Hvidovre Kommune er lidt yngre, mere overvægtige, har en kortere uddannelse og har haft problemer med artrose i længere tid, end den generelle befolkning med artrose i Danmark. Deltagerne fik færre smerter, og øgede deres funktionsevne og livskvalitet ved at deltage i projektet. Især Hold 4-5, der havde tilknytning til arbejdsmarkedet, havde stor glæde af træningen. Men for begge grupper gælder det, at effekten har klinisk relevans. Samtidig viste projektet, at de svært overvægtige deltagere ($BMI \geq 30$) havde mindst lige så stor gavn af projektet som dem, der havde et mindre BMI.

Deltagerevalueringen viste, at det især har stor betydning for træningens kvalitet, at deltagerne har mulighed for at træne på hold. Det gør, at de både er mere ivrige i forhold til at træne derhjemme, og når de er sammen. En anden afledt effekt af holdtræningen er, at mange ønsker en opfølgning på deres træning. Der er således stor tiltro til, at stadig kontrol, i forbindelse med holdtræning, på sigt giver de bedste resultater. Endelig har der fra deltagernes side været stor tilfredshed med SLID-projektet og den måde, det er blevet gennemført på.

Procesevalueringen viste, at der på alle niveauer er stor forståelse for, og evner til, at arbejde med GLA:D-projektet. Man står dog over for en udfordring, når, eller hvis, dele af, eller hele projektet, skal implementeres i Hvidovre Kommunes daglige arbejdsgang. Denne udfordring består i, at man skal finde ud af, hvordan henholdsvis eksklusions- og inklusionskriterierne skal udformes. I den forbindelse er man afhængig af, hvordan man på det politiske niveau tolker de foreløbige resultater af projektet. Det er fra dette niveau, det afgøres, hvilke ressourcer der i fremtiden vil blive stillet til rådighed for projektet, og dermed også, om, og i givet fald hvordan, projektet vil blive implementeret.

Sammenlagt var deltagerne meget positive, og udviste et stort engagement i forhold til SLID-projektet. Der var stor deltagelse til træningen, de opnåede gode resultater, og de anså projektet for at være meget relevant for dem og som en god mulighed for at arbejde med deres livskvalitet. På den anden side viste evalueringen også, at man står med en gruppe af borgere, som det er meget svært at bibringe varige livsstilsændringer, hvilket bekræftes af litteraturen, ifølge hvilken det generelt set er det svært at lave gennemgribende livsstilsændringer (Dalum, Sonne & Davidsen 2000).

Litteratur

Dalum, P.; Sonne, T. F.; & Davidsen, M-M. (2000): *At tale om forandring. En bog om sundhedsadfærd og motiverende samtaleteknik*. Nørhaven, Tobaksskaderådet.

Dansk Oplysnings Forbund (2012): *Tab dig sund. Inspirationsmateriale til undervisere*. Dansk Oplysnings Forbund og Giftforeningen.

Giftforeningen (2006): *Slidgift, fysisk aktivitet og fastholdelse. Evalueringen af "Motion på recept"*. Giftforeningen.

Hurley MV, Walsh NE, Mitchell H, Nicholas J, Patel A (2012): *Long-term outcomes and costs of an integrated rehabilitation program for chronic knee pain: a pragmatic, cluster randomized, controlled trial*. *Arthritis Care Res.(Hoboken)* 2012;64:238-47. doi: 10.1002/acr.20642; 10.1002/acr.20642.

Hvidovre Kommune (2014): *Sundhedsprofilen for region og kommuner 2013*. Tilgængelig fra: http://www.hvidovre.dk/dokumenter/socialudvalget/2014/140331/BilagSSU_140331_pkt.05.01.pdf

Høyer-Kruse, Jens; Thøgersen, Malene; Toftegaard Støckel, Jan & Ibsen, Bjarne (2008): *Offentlige-frivillige partnerskaber omkring børn og fysisk aktivitet*. *Movements* 2008:8, Syddansk Universitet.

Høyer-Kruse, J. (2013): *Kommunal planlægning af idrætsfaciliteter: Planning of sport facilities in municipalities*. Odense, Syddansk Universitet.

Juhl C, Christensen R, Roos EM, Zhang W, Lund H et al. (2014): *Impact of exercise type and dose on pain and disability in knee osteoarthritis: A systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials*. *Arthritis Rheumatol* 2014 Mar;66(3):622-36. doi: 10 1002/art 38290 2014; 66:622-636.

Kvale, S. (1997): *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København, Hans Reitzels Forlag.

Larsen, K. (2003): *Den tredje bølge – på vej mod en bevægelseskultur*. København, Lokale- og Anlægsfonden.

Lundquist, L. (1987). *Implementation Steering. An Actor-Structure Approach*. Lund, Studentlitteratur.

Mindegaard, P., Ibsen, B., Kissow, A-M. & Johansen, J. S. (2013): *Brugerundersøgelse af undervisning i varmtvandsbassin*. *Movements* 2013:9, Odense.

Nyberg, L.; Cederholm, T.; Bendrik, R.; Klässbo, M.; Eriksson, M. (2014): *Primärvården har en nyckelroll för tidlig diagnos och uppföljning*. *Läkertidningen* 2014;111:CSWC.

Skou ST, Roos EM (2014): *Årsrapport 2013 Godt Liv med Artrose i Danmark*. Tilgængelig fra: <https://www.knee.dk/groups/glad/pdf/sLaglazOErLuph3espoekoEviafoespluwo/jjaWasiwpTh194p6.pdf>

Sundhedsstyrelsen (2012): *Knæartrose – nationale kliniske retningslinjer og faglige visitationsretningslinjer*. Sundhedsstyrelsen.

Thorstensson C, Dahlberg L. (2013): *BOA-registret. Årsrapport 2012*. Göteborg, Sverige, Registercentrum Västra Götaland.

Thorstensson, C. Dahlberg, L. (2011): *BOA-registret. Årsrapport 2008-2010*. Göteborg, Sverige, Registercentrum Västra Götaland.

Vedung, E. (1997): *Public Policy and Program Evaluation*. New Brunswick, Transaction Publishers 1997.

Villadsen A, Overgaard S, Holsgaard-Larsen A, Christensen R, Roos EM (2014): *Immediate efficacy of neuromuscular exercise in patients with severe osteoarthritis of the hip or knee: a secondary analysis from a randomized controlled trial*. J.Rheumatol. 2014;41:1385-94. doi: 10.3899/jrheum.130642 [doi].

Bilag 1, Interviewguide, deltagere

1. Introduktion
 - a. Undertegnede præsenterer kort sig selv, og formålet med interviewet
 - b. Interviewets rammer fremlægges, anonymisering, med mere
 - c. De interviewede præsenterer kort sig selv
2. Første tema
 - a. Deltagernes vej ind i projektet, årsag, hvor har de viden om det fra
 - b. Deltagernes oplevelse af patientuddannelse
 - c. Deltagernes oplevelse af træningen, herunder de fysiske rammer i sundhedscentret og motionscentret
 - d. Deltagernes oplevelse af kost-oplæg, for dem der har deltaget
 - e. Deltagernes oplevelse af undersøgelsen hos fysioterapeuten og 3 mdr. opfølgningen?
3. Andet tema
 - a. Deltagernes fysiske aktivitet, før og nu
 - b. Tidligere idrætserfaringer
 - c. Er der sket forandringer, hvorfor, hvorfor ikke
 - d. Hvad er fysisk aktivitet for deltagerne, træning, idræt, hverdagsmotion
 - e. Har du øget dit funktionsniveau?
 - f. Er du blevet mere fortrolig med dine smerter?
 - g. Hvordan opfattes det at have artrose? Spiller det ind på opfattelsen af egen sundhed?
4. Tredje tema
 - a. Hvor ofte har deltagerne været aktive i projektet
 - b. Er der barrierer for at være fysisk aktiv, hvilke, og kan disse barrierer overvindes, hvordan
 - c. Hvordan er deltagernes ønske om at være fysisk aktive fremadrettet
5. Fjerde tema
 - a. Hvilke erfaringer har deltagerne med fysioterapeuternes inspiration til fortsat træning efter projektet slutter?
 - b. Er der barrierer, eventuelt hvilke
 - c. Er der muligheder for fysisk aktivitet man ikke har fundet
6. Femte tema
 - a. Hvad er Jeres tilknytning til arbejdsmarkedet?
 - b. Er arbejdet fysisk anstrengende, og i givet fald, i hvilken grad?
 - c. Påvirker artrosen din jobsituation?
7. Afslutning
 - a. Er der andre kommentarer til projektet Tilføjelse: På kurset er det også centralt at deltagerne bliver fortrolige med deres smerter i forbindelse med træning og lærer at håndtere disse. Kan evalueringen komme lidt ind på det?
 - b. Mulige andre emner: andre sygdomme, netværk, pårørende, ville du have betalt for dette kursus?

Tak for nu

Bilag 2, Procesevaluering

1. Præsentation

- a. Jeg præsenterer mig
- b. De interviewede præsenterer sig

2. Formålet med interviewene:

- a. At få de forskellige parters oplevelser af og erfaringer med projektet
- b. Med særlig fokus på samarbejdet mellem dem som deltager i projektet

3. Hvad er jeres rolle i projektet?

Her er der fokus på at få de interviewedes egen fortælling om,

- a. Hvordan de er involveret i projektet
- b. Hvor meget de er involveret i projektet

Ud fra dette vil jeg forsøge at få de interviewede til at besvare de efterfølgende spørgsmål. Men det fungerer som regel bedst, hvis det kan tage udgangspunkt i det, som de selv fortæller i begyndelsen.

4. Hvor meget har det fyldt i jeres 'organisation' (forvaltning, institution, forening mv.)

- a. Hvem og hvor mange har engageret sig deri
- b. Er det hele 'organisationen' eller bare en person eller to, der har engageret sig deri

5. Hvor vigtigt synes i, at projektet er?

Det handler her om at indkredse, hvor meget man i den pågældende 'organisation' tillægger projektet betydning. Hvor meningsfyldt projektet er for 'organisationen'

- a. Er det noget man er engageret i og prioriterer frem for andre formål og aktiviteter.
- b. Hører projektet til blandt 'organisationens kerneopgaver eller er det i periferien af organisationens formål og aktiviteter

6. Hvad har projektet betydet for jer? Der er vist et overlap mellem 6 og 7??

Her skal vi forsøge at indkredse, hvordan deltagelsen i projektet har påvirket og haft indflydelse på organisationen.

Hvad har I fået ud af samarbejdet?

- a) Har I (Gf, kommunen mv. der spørges jo andre end kommunen) samlet set fået udbytte af projektet
- b) Har I lært noget af projektet?
- c) Har der været barrierer i forbindelse med projektet?

7. Hvordan har samarbejdet fungeret?

- a. Hvem har I samarbejdet med?
- b. Har I deltaget i fælles møder om projektet?
- c. Hvem har I især haft udbytte af at samarbejde med?
- d. Hvad har I især fået ud af samarbejdet?
- e. Har der været barrierer mod samarbejdet, som har gjort det svært?
- f. Kunne I ikke lige så godt gøre det selv?

8. Er der hos de forskellige involverede den fornødne viden og erfaring til at deltage i projektet?

- a. Kræver projektet noget særligt af medarbejderne – viden, erfaringer, personlige kvalifikationer?
- b. Har I skullet 'opkvalificere' jer for at deltage i projektet?

9. Når projektperioden er overstået, og artrose-kurset fortsætter, hvilke udfordringer giver det så?

- a. Er der barrierer der taler imod at projektet kan fortsætte?
- b. Hvis, hvori består disse barrierer?
- c. Kan disse barrierer fjernes?

Bilag 3, Spørgeskema deltagere, kvalitativ evaluering



1. Hvordan vil du vurdere dit helbred og din fysiske form?						
	Virkelig god	God	Nogenlunde	Dårlig	Meget dårlig	Ved ikke
Hvordan vil du vurdere dit nuværende helbred?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvordan vil du vurdere din nuværende fysiske form (kondition)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Dyrker du regelmæssigt idræt eller motion følgende steder?	
<i>Sæt gerne flere krydser</i>	
En idrætsforening / klub	<input type="checkbox"/>
En handicapidrætsforening	<input type="checkbox"/>
Et motionscenter / fitnesscenter	<input type="checkbox"/>
Et kommunalt sundheds- eller træningscenter eller på klinik for fysioterapi	<input type="checkbox"/>
En aftenskole / oplysningsforbund	<input type="checkbox"/>
Anden form for organisering	<input type="checkbox"/>

3. Dyrker du regelmæssigt motion eller idræt på egen hånd?	
<i>Sæt gerne flere krydser</i>	
Hjemmetræning	<input type="checkbox"/>
Cykler	<input type="checkbox"/>
Går ture / motionerer	<input type="checkbox"/>
Svømmer	<input type="checkbox"/>
Anden form for motion eller idræt på egen hånd	<input type="checkbox"/>

4. Hvor mange timer om ugen dyrker du normalt både organiseret og selvorganiseret motion, så du bliver varm og forpustet? (fx går tur, cykler eller laver gymnastik)

Sæt kun ét kryds

Mindre end 1 time pr. uge	<input type="checkbox"/>
1 – 2 timer pr. uge	<input type="checkbox"/>
2 – 3 timer pr. uge	<input type="checkbox"/>
3 – 4 timer pr. uge	<input type="checkbox"/>
4 – 5 timer pr. uge	<input type="checkbox"/>
Mere end 5 timer pr. uge	<input type="checkbox"/>

5. Hvorfor dyrker du motion?

	Meget vigtigt	Vigtigt	Mindre vigtigt	Neutral	Ikke vigtigt	Ved ikke
For at træne min styrke, bevægelighed, kondition, balance mv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For at møde andre mennesker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For at lindre mine smerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For at træne sammen med personer, der også har fysiske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For at opnå øget bevægefrihed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For at opnå psykisk velvære	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordi det gør mig i stand til at klare en række daglige opgaver bedre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For at være sund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For at tabe mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre årsager:	<hr/> <hr/> <hr/>					

6. Hvad betyder følgende for at du kan / vil gå til motion?						
<i>Sæt ét kryds i hver række</i>						
	Helt enig	Enig	Både enig og uenig	Uenig	Helt uenig	Ved ikke
<i>Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:</i>						
Træningen har høj kvalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler mig tryk i omklædningsrummet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kan træne alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kan træne sammen med ligesindede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er underordnet hvem jeg træner sammen med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der er en god stemning til træningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Hvor vigtige er de følgende eksempler på hjælp, for at du kan være mere fysisk aktiv?				
<i>Sæt et kryds i hver række</i>				
	Meget vigtig	Vigtig	Lidt vigtig	Ikke vigtig
Personlig træner / assistent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjælp og støtte fra familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mulighed for at være aktiv sammen med andre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettere adgang til offentlige transportmidler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mulighed for at blive transporteret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjælp fra en fysioterapeut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjælp fra min praktiserede læge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjælp fra andet sundhedspersonale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Har du anvendt / anvender du nogen af SundhedsCentret tilbud ud over Projekt SLID!:

Ja – gå til spørgsmål 9	<input type="checkbox"/>
Nej – gå til spørgsmål 10	<input type="checkbox"/>

9. Hvilke tilbud i SundhedsCentret anvender du / har du anvendt?

10. Er du i arbejde?

Ja – gå til spørgsmål 11	<input type="checkbox"/>
Nej – gå til spørgsmål 17	<input type="checkbox"/>

11. Hvor fysisk anstrengende er dit arbejde sædvanligvis?*Sæt kun ét kryds*

Det er mest stillesiddende arbejde, som ikke kræver fysisk anstrengelse	<input type="checkbox"/>
Det er mest stående eller gående arbejde, som ikke kræver fysisk anstrengelse	<input type="checkbox"/>
Det er stående eller gående arbejde med en del løfte- eller bærearbejde	<input type="checkbox"/>
Det er tungt eller hurtigt arbejde, som er fysisk anstrengende	<input type="checkbox"/>

12. Hvad er din ugentlige arbejdstid?

Antal timer	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
-------------	--

13. Hvor mange år har du været i din nuværende stilling?

Skriv antal år	<input type="text"/>
----------------	----------------------

14. Har du tidligere haft et arbejde, som er mere fysisk krævende?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

15. Hvor mange år har du været på arbejdsmarkedet?

Skriv antal år	<input type="text"/>
----------------	----------------------

16. Er du:

Mand	<input type="checkbox"/>
Kvinde	<input type="checkbox"/>

17. Hvornår er du født?

Skriv årstal	<input type="text"/>
--------------	----------------------

Mange tak for at du tog dig tid til at udfylde spørgeskemaet.

Serien MOVEMENTS

Se de tidligere udgivelser i rapportserien på CISC's hjemmeside: www.sdu.dk/cisc

- 2014:13 Peter Mindegaard: Sund i Hømarken.
- 2014:12 Karsten Østerlund: Social kapital i gymnastik og fitness: En undersøgelse for landsudvalget i DGI Gymnastik & Fitness.
- 2014:11 Ejgil Jespersen: Handicapforskning i idræt og bevægelse - Statusnotat om Center for Handicap og Bevægelsesfremme, August 2014.
- 2014:10 Jim Toft og Maja Ahler: Bevægelse, krop & sind: Idræt, sport og motion i socialpsykiatrien i Ringsted, Slagelse og Sorø Kommune.
- 2014:9 Karsten Østerlund, Kamilla Ryding og Ejgil Jespersen: Idræt, fritid og helbred for mennesker med funktionsnedsættelse.
- 2014:8 Jens Høyer-Kruse og Bjarne Ibsen: Undersøgelse af Farum Arena.
- 2014:7 Rikke Agnete Andersen: Stemmer i Idrætshuset.
- 2014:6 Karsten Østerlund: Undersøgelse af 'DM i foreningsudvikling' 2012-2013.
- 2014:5 Jens Høyer-Kruse og Lau Tofft-Jørgensen: Undersøgelse af idrætfaciliteter i Skanderborg Kommune.
- 2014:4 Kurt Lüders: Sprækker i ADHD-diskursen.
- 2014:3 Peter Mindegaard og Bjarne Ibsen: Brugerundersøgelse af AquaPunkt-vandtræning.
- 2014:2 Bjarne Ibsen: 10 års forskning i bevægelser - CISC 2004-2014: Staturrapport for Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund - baggrund, undersøgelser og publikationer.
- 2014:1 Anna Staal: Unge, idræt og recovery: Evaluering af udviklingsprojekt om idræt for sindslidende.
- 2013:12 Maja Ahler: Lars Legemester og HandiLeg.
- 2013:11 Bjarne Ibsen, Malene Thøgersen og Klaus Levinsen: Kontinuitet og forandring i foreningslivet: Analyser af foreningslivets udbredelse, sammensætning og karakteristika i 00'erne.
- 2013:10 Thomas Gjelstrup Bredahl: Slutevaluering af projektet "Sund Rekrut"
- 2013:9 Peter Mindegaard, Bjarne Ibsen, Anne-Merete Kissow og Jan Sau Johansen: Brugerundersøgelse af undervisning i varmtvandsbassin.
- 2013:8 Sigrid Alison Rytz, Lars Elbæk og Bjarne Ibsen: Matematik- og læsetræning i en fodboldklub: Evaluering af Projekt Helhed i B 1909.
- 2013:7 Jens Høyer-Kruse og Bjarne Ibsen: Undersøgelse af 'DM i foreningsudvikling'
- 2013:6 Michael Fehsenfeld, Peter Mindegaard og Bjarne Ibsen: YOUR GAM3: Gadeidræt i udsatte boligområder.
- 2013:5 Jan Toftegaard Støckel: Fysisk aktivitet i skolefritidsordninger: En analyse af institutionsstrukturer og kulturer under forandring.
- 2013:4 Kurt Lüders og Ejgil Jespersen: Idrætsdeltagelse blandt unge voksne med sindslidelser.
- 2013:3 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: EN GOD OMVEJ – Bevægelse i lokalområdet: Samlet evaluering af otte kommunale anlægsprojekter til fremme af rekreativ fysisk aktivitet.
- 2013:2 Jan Toftegaard Støckel: Evaluering af Anbragte Børn i Bevægelse.
- 2013:1 Bjarne Ibsen, Malene Thøgersen og Lau Tofft-Jørgensen: Fritidsfaciliteterne i Fredensborg Kommune.

- 2012:17 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Naturparken Mellem Bakkedrag og Dalstrøg - Evaluering af en omdannet græsmark ved boligbebyggelse i Sønderborg.
- 2012:16 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: En Voldsom Omvej - Evaluering af en omdannet støjvold i Solrød.
- 2012:15 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Pixlpark - En Digital Legeplads - Evaluering af en omdannet plads i en ny bydel i Roskilde.
- 2012:14 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Et bevægelseseksperimentarium - Evaluering af en omdannet park ved Sundhedscentret i Nykøbing Sjælland.
- 2012:13 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Sidesporet - Evaluering af en omdannet asfaltplads ved Nørre Aaby station.
- 2012:12 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Opfordring til udfordring - Evaluering af omdannede restarealer i Kolding Bycentrum.
- 2012:11 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Byens Arena - Evaluering af en omdannet parkeringsplads ved boligbebyggelse i Høje Gladsaxe.
- 2012:10 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Dronningens Bastion - Evaluering af en omdannet bastion på et historisk voldanlæg i Fredericia.
- 2012:9 Thomas Skovgaard, Kurt Lüders, Jesper von Seelen, Mette Munk Jensen, Bjarne Ibsen, Casper Due Nielsen og Tobias Marling: Svømning i den danske folkeskole.
- 2012:8 Bjarne Ibsen, Venka Simovska og Henrik M. Larsen: Tilgængelighed til og deltagelse i idræt blandt børn og unge på Vesterbro: Evaluering af DGI-byens børne- og ungeprojekt Go-Active.
- 2012:7 Bjarne Ibsen ... et al.: Idrættens outsiders - Inklusion eller eksklusion af vanskeligt stillede børn og unge i idræt: Evaluering af puljen til idræt for vanskeligt stillede børn og unge.
- 2012:6 Jan Arvidsen, Karen Dalgaard Pedersen og Søren Andkjær: Rum og rammer for Aktivt Udeliv: Et litteraturstudie om naturlige omgivers betydning for Aktivt Udeliv.
- 2012:5 Bjarne Ibsen: Human Resource Management for Volunteers in Sports Organisations in Europe.
- 2012:4 Charlotte Skau Pawlowski og Jens Troelsen: EN GOD OMVEJ - Bevægelse i lokalområdet: Kvalitativ analyse af den kommunale planlægnings- og implementeringsproces forbundet med projektet.
- 2012:3 Louise Kamuk Storm, Simon Madsen og Bjarne Ibsen: Evaluering af projekt Grib Chancen.
- 2012:2 Louise Bæk Nielsen og Bjarne Ibsen: Idrætsdeltagelse og idrætsfaciliteter i Vordingborg Kommune.
- 2012:1 Thomas Gjelstrup Bredahl: Slutevaluering af Greve Kommunes metodeudviklingsprojekt "MultiMinen" - For 6-8 årige børn med overvægt.
- 2011:6 Peter Lund Kristensen: Evaluering af 'Sunde vaner fra barnsben': Den kvantitative del - Vejle Kommune.
- 2011:5 Louise Kamuk Storm, Simon Madsen og Bjarne Ibsen: Evaluering af 'Bevæg dig sund og glad: Et projekt i Esbjerg Kommune for overvægtige børn og deres familier.
- 2011:4 Jan Toftegaard Støckel: Evaluering vedrørende projekt Idrætszen.
- 2011:3 Bjarne Ibsen og Louise Bæk Nielsen: Idræt og idrætsfaciliteter på Bornholm.
- 2011:2 Jakob Haahr og Søren Andkjær (red.): Muligheder og begrænsninger for friluftsliv: Konferencerapport - artikler og abstracts.
- 2011:1 Ejgil Jespersen: Evaluering af Krop og Kontor forsøgsprojekter.
- 2010:7 Pernille Andreassen: Evaluering af 'Sunde vaner fra barnsben' - Vejle Kommune.

- 2010:6 Forskningsenheden for 'Bevægelse, Idræt og Samfund' (BIS): Forskningsprofil og udviklingsplaner for 2010-2014.
- 2010:5 Bjarne Ibsen, Anne Mette Walmar Hansen og Eva Vennekilde: Ændringer i kommunal idætpolitik efter kommunalreformen.
- 2010:4 Karsten Østerlund: Gå i Gang: Slutevaluering.
- 2010:3 Lise Specht Petersen: Rum for idræt og leg på Vesterbro.
- 2010:2 Bjarne Ibsen og Carsten Hvid Larsen: Aktivitet eller idrætspolitisk arbejde? Frivilligt arbejde i DGI Vestsjælland og DGI Nordsjælland.
- 2010:1 Bjarne Ibsen, Jan Toftegaard Støckel og Charlotte Klinker: Børn og fysisk aktivitet på Vesterbro.
- 2009:7 Lise Specht Petersen og Bjarne Ibsen: København – en by i bevægelse: evaluering af Københavns Kommunes motionsstrategi.
- 2009:6 Ole Lund: Evaluering af projekt 'Sund Cirkel'.
- 2009:5 Carsten Hvid Larsen og Bjarne Ibsen: Frivilligt arbejde i Gigtforeningen.
- 2009:4 Ole Lund: Sund indskoling – evaluering af sundhedsfremmende indsatser i SFO og indskoling i Frederikshavn Kommune.
- 2009:3 Kirsten Kaya Roessler: Gruppesamtaler som psykologisk behandling af kroniske smerter: erfaringer fra projektet "Tilbage til arbejdet".
- 2009:2 Lars Breum Christiansen og Jens Troelsen: Bevægelsesmuligheder i Kolding By 2008.
- 2009:1 Ole Lund: Rend og Hop – Vi si'r stop: et sundhedsprojekts bestræbelser på at skabe bedre betingelser for det sunde liv i Varde Kommune.
- 2008:10 Lars Breum Christiansen og Jens Troelsen: Bevægelsesmuligheder i Roskilde By.
- 2008:9 Per Jørgensen: Idrætspolitik i Gentofte Kommune gennem 100 år.
- 2008:8 Jens Høyer-Kruse, Malene Thøgersen, Jan Toftegaard Støckel og Bjarne Ibsen: Offentlige-frivillige partnerskaber omkring børn og fysisk aktivitet.
- 2008:7 Pernille Vibe Rasmussen: Foreninger og integration: Undersøgelse af foreningers vilkår for integrationsarbejde i Københavns Kommune.
- 2008:6 Thomas Gjelstrup Bredahl: Ekstern evaluering af Motion på Recept i Frederiksberg Kommune: September 2007.
- 2008:5 Thomas Gjelstrup Bredahl: Evaluering af Motion på Recept i Nordjylland 2007.
- 2008:4 Jens Troelsen, Kirsten Kaya Roessler, Gert Nielsen og Mette Toftager: De bolignære områders betydning for sundhed: hvordan indvirker bolignære områder på sundheden? – og hvordan kan udformningen gøres bedre?
- 2008:3 Ole Lund og Pernille Andreassen: Gå i gang: evalueringsrapport.
- 2008:2 Jan Toftegaard Støckel (red.): Parallel leg eller integreret leg? – partnerskaber om børn, leg og bevægelse.
- 2008:1 Pernille Vibe Rasmussen og Kirsten Kaya Roessler: Stofmisbrug og fysisk aktivitet: Evaluering af "Krop og læring – Mere styr på eget liv".
- 2007:1 Bjarne Ibsen: Børns idrætsdeltagelse i Københavns Kommune 2007.