

SYSTEMATISK FOREBYGGELSE TIL PATIENTER

Evaluering af pilotprojekt på Aalborg
Sygehus, Aarhus Universitetshospital
og Psykiatrien i Region Nordjylland

2017



Systematisk forebyggelse til patienter. Evaluering af pilotprojekt på Aalborg Sygehus, Aarhus Universitetshospital og Psykiatrien i Region Nordjylland

© Sundhedsstyrelsen, 2011. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Regioner og forebyggelse, forebyggelse på sygehuse, forebyggelse i sundheds-
væsenet, screening, tidlig opsporing, patienter, forebyggelseskoder, forebyggelsessamtale,
forebyggelsesintervention

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 8. juni 2011

Format: pdf

Udgivet for Sundhedsstyrelsen af Center for Kvalitetsudvikling, juni 2011

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-186-6

Indhold

1	Indledning	4
1.1	Baggrund, formål og organisering	4
2	Samlede resultater	7
3	Metode og datagrundlag	10
4	Resultater fra undersøgelserne blandt de ansatte	12
5	Resultater fra patientundersøgelsen	14
6	Ressourcetræk i forbindelse med screeningen	16
7	Brug af projektets screeningsdiagnoser i udvalgte epikriser/journaler	18
8	Pilottestens forslag til forbedring ved videre udbredelse af screeningen	20
8.1	Sundhedskoordinatorernes forbedringsforslag	20
8.2	Fælles forbedringsforslag fra somatik og psykiatri	20
8.3	Forbedringsforslag fra psykiatrien	21
8.4	Forbedringsforslag fra somatikken	22
	Bilag 1: Svarprocenter	24
	Svarprocenter for 1. undersøgelsesrunde blandt ansatte	24
	Svarprocenter for 2. undersøgelsesrunde blandt ansatte	25
	Svarprocenter for patientundersøgelsen	26
	Bilag 2: Svarfordelinger for undersøgelserne	27
	Svarfordeling for sundhedspersonale, der screener patienter	27
	Svarfordeling for sekretærer, der indtaster skemaer	46
	Svarfordeling for afsnits-/afdelingsledelser	50
	Svarfordeling for patientundersøgelsen	58
	Bilag 3: Fordeling af screeningsdiagnoserne i de gennemgåede epikriser	68
	Bilag 4: Anonymiseret sammenskrivning af interviews	72

1 Indledning

1.1 Baggrund, formål og organisering

Region Nordjylland har i et samarbejde med Sundhedsstyrelsen pilottestet et konkret screeningsværktøj for risikofaktorer blandt patienter i kontakt med somatik og psykiatri. Projektperioden løb fra januar til medio juli 2010 og fokuserede på risikofaktorerne rygning, overvægt, underernæring, uhensigtsmæssigt alkoholforbrug og fysisk inaktivitet. Til hver risikofaktor er der tilknyttet en screeningsdiagnose (SKS-kode), som kan registreres i det Patient Administrative System (PAS). En systematisk screening og registrering af screening på SKS-koder er ikke tidligere blevet implementeret på et sygehus i Danmark. Samarbejdet er indledt på baggrund af Sundhedsstyrelsens procesrapport omkring projekt PRIK ”Inddragelse af fysisk inaktivitet og uhensigtsmæssig kost samt rygning og alkohol som risikofaktorer i patientregistreringen”.

Region Nordjylland har bedt Center for Kvalitetsudvikling om at evaluere pilotprojektet med det formål at danne et grundlag for:

- Region Nordjyllands beslutning om, hvorvidt man vil implementere principperne fra pilotprojektet i fast drift på samtlige sygehuse i regionen.
- Sundhedsstyrelsens stillingtagen til og videre arbejde med at udbrede systematisk identifikation og registrering af forebyggelseskoder på landets sygehuse.

De kliniske afsnit/afdelinger, der deltog i pilottesten, var Kirurgisk ambulatorium, Aalborg Sygehus, Aarhus Universitetshospital, Medicinsk sengeafdeling på Aalborg Sygehus, Aarhus Universitetshospital, Aarhus Universitetshospital, et sengeafsnit i Psykiatrien i Region Nordjylland og en ambulansfunktion i Distriktpsychiatrien, Psykiatrien i Region Nordjylland.

Parallelt med pilottesten af screeningsværktøjet er der gennemført journalaudits på pilotafdelingerne i både somatik og psykiatri. Resultater af journalaudits kan rekvireres ved sundhedsfremmekonsulent Iben Mortensen på im@rn.dk.

En arbejdsgruppe har varetaget den overordnede planlægning og koordinering af pilotprojektet og har bestået af følgende medlemmer:

- Sundhedsfremmekonsulent Iben Mortensen, Praksissektoren, Region Nordjylland
- Sundhedskoordinator Bodil M. Nielsen, Psykiatrien i Region Nordjylland
- Sundhedskoordinator Lise Søndergaard, Aalborg Sygehus, Aarhus Universitetshospital
- Afdelingssygeplejerske Inge Margrethe Poulsen, Kirurgisk ambulatorium, Aalborg Sygehus, Aarhus Universitetshospital
- Overlæge Inger Juel Gade, Distriktpsychiatrien, Psykiatrien i Region Nordjylland

- Afdelingssygeplejerske Karin Bergh-Hanssen, Psykiatrisk sengeafsnit, Psykiatrien i Region Nordjylland
- Afdelingssygeplejerske Karen Margrethe Skorstensgaard, Medicinsk sengeafdeling, Aalborg Sygehus, Aarhus Universitetshospital
- Overlæge Barbara Hjalsted, Center for forebyggelse, Sundhedsstyrelsen
- Specialkonsulent Tatjana Hejgaard, Center for forebyggelse, Sundhedsstyrelsen

Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, har deltaget i udvalgte møder i arbejdsgruppen.

En styregruppe med det overordnede planlægningsansvar har bestået af:

- Kontorchef Charlotte Larsen, Praksissektoren, Region Nordjylland
- Chef for Center for Forebyggelse Else Smith, Sundhedsstyrelsen
- Konst. chef for Center for Forebyggelse Annemarie Knigge, Sundhedsstyrelsen
- Chefsygeplejerske Vibeke Deding, Aalborg Sygehus, Aarhus Universitetshospital
- Sundhedskoordinator Lise Søndergaard, Aalborg Sygehus, Aarhus Universitetshospital
- Chefsygeplejerske Helle Jørgensen, Psykiatrien i Region Nordjylland
- Sundhedskoordinator Bodil Nielsen, Psykiatrien i Region Nordjylland
- Fuldmægtig Lisbeth Nordlander, Budget og finans, Region Nordjylland
- Sundhedsfremmekonsulent Iben Mortensen, Praksissektoren, Region Nordjylland

En registreringsgruppe har haft ansvar for udarbejdelse af en vejledning til registrering af forebyggelse i Region Nordjyllands Patient Administrative System (PAS). Dette, med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens vejledning til projekt PRIK. Gruppen har bestået af:

- Udviklingskonsulent Berrit Pedersen, Sygehus Vendsyssel
- Lægeseekretær Jette Thestrup, Medicinsk sengeafdeling, Aalborg Sygehus, Aarhus Universitetshospital
- Forløbskoordinator Joan Bech Olesen, Kirurgisk ambulatorium, Aalborg Sygehus, Aarhus Universitetshospital
- Lægeseekretær Helle Jensen, Psykiatri Nord, Region Nordjylland
- Lægeseekretær Hanne Andreasen, Psykiatri Nord, Region Nordjylland

- Registreringskonsulent Tove Vibing, Psykiatrien Region Nordjylland
- Fuldmægtig Ole Schou Rasmussen, Analysekontoret, PKA, Region Nordjylland
- IT-konsulent Signe Knudstrup, IT-afdelingen, Region Nordjylland
- Sundhedskoordinator Bodil Margrethe Nielsen, Psykiatrien, Region Nordjylland
- Sundhedskoordinator Lise Søndergaard, Aalborg Sygehus, Aarhus Universitetshospital
- Sundhedsfremmekonsulent Iben Mortensen, Praksissektoren, Region Nordjylland
- Fuldmægtig Lisbet Nordlander, Koncernøkonomi, Region Nordjylland

2 Samlede resultater

Evalueringen viser generelt en god opbakning til screeningen blandt de ansatte. Flertallet af ansatte der screener patienter mener, at der er relevant at spørge ind til patienternes livsstil (81 %); de føler sig klædt på til screeningsopgaven (70 %) og giver endvidere udtryk for, at der er sket en stigning i opmærksomheden omkring forebyggelse som led i behandlingsindsatsen (56 %). Godt halvdelen af personalet der screener, oplever endvidere, at patienterne gerne vil deltage aktivt i screeningen (57 %). Blandt både ledelse og medarbejdere gives der dog i et vist omfang udtryk for, at der er behov for kompetenceudvikling blandt personalet med hensyn til screening, forebyggelsessamtaler og forebyggelsesinterventioner, herunder kendskab til lokale forebyggelsestilbud.

Størstedelen af afsnits-/afdelingsledelserne giver udtryk for, at det kræver en særlig ledelsesmæssig indsats at få screeningen til at fungere.

Undersøgelserne blandt de ansatte, som screener i henholdsvis psykiatri og somatik, viser størst forskel i svarfordeling med hensyn til, om screeningen foregår på det rigtige tidspunkt, og om screeningen samlet set bliver gennemført på en god og hensigtsmæssig måde. I forhold til disse to emner er de ansatte i somatikken væsentligt mere positive (70-80 % positive) end de ansatte i psykiatrien (27-42 % positive).

Ses der på udviklingen i holdning til screening blandt de ansatte (sekretærer, personale der screener og afsnits-/afdelingsledelser) gennem projektperioden (februar til juli 2010), er der ingen spørgsmål, hvor ansatte svarer signifikant anderledes ved projektafslutning i forhold til projektstart. Der er imidlertid meget få besvarelser i nogle af undergrupperne, så resultatet bør tages med et vist forbehold. Derimod angiver omkring halvdelen af personalet at være blevet bedre til at screene i løbet af projektperioden, oftest som følge af at have arbejdet med screeningerne i praksis. Igen skal der tages forbehold for, at resultatet bygger på få besvarelser.

Med hensyn til tidsforbrug viser evalueringen, at der er en tendens til, at størsteparten af personalet bruger mellem 10 og 20 minutter på at screene, og at dette ikke har ændret sig meget i løbet af projektperioden. Personalet har angivet tidsforbruget til screening i større minutintervaller, og der er relativt få besvarelser i undergrupperne. Derfor er det ikke realistisk at bestemme det nøjagtige tidsforbrug på screeningen. Ud fra de kvalitative besvarelser samt Region Nordjyllands erfaringer vurderes det, at det for personalet er vanskeligt at adskille screening og anden samtale. Der opstår i praksis en dialog mellem patient og sundhedspersonale, hvor fx en forebyggelsessamtale påbegyndes, uden dog nødvendigvis at indeholde alle elementer af en egentlig forebyggelsessamtale. Såfremt man ønsker et bedre grundlag for at fastsætte tidsforbrug for screening, kan der gennemføres et tidsstudie.

I forhold til videregivelse af oplysninger om sundhedsfremme og forebyggelsesbehov, herunder hvorvidt sundhedsfremme er nævnt i epikrise-/journaltekster før og efter implementering af screeningen, viser evalueringen en tendens til positiv udvikling gennem projektperioden. Der er dog stadig et forbedringspotentiale, da personalet angiver, at patienternes forebyggelsesbehov i vid udstrækning ikke videregives til almen praksis (41 %) og kommune (69 %).

Resultaterne fra undersøgelserne i sekretærgruppen er baseret på få, men meget positive besvarelser. Eksempelvis er der i 15 ud af 16 besvarelser afgivet et positivt svar i forhold til, om der er modtaget tilstrækkelig vejledning i, hvordan screeningskemaerne skal tages ind. I de kvalitative besvarelser gives der udtryk for et ønske om at kunne registrere screeningsdiagnoserne mere hensigtsmæssigt. Flere sekretærer har i pilottesten oplevet det som besværligt, at skulle vente med at registrere screeningsdiagnoserne, til patienten er udskrevet.

Evalueringen viser, at cirka 40 % af patienterne er positive over for at blive spurgt om deres livsstil (44 %), og at en lignende andel oplever at blive spurgt om deres livsstil på en god måde (39 %). Nogle patienter angiver i de kvalitative besvarelser, at de føler sig for syge og ikke orker at snakke om livsstil. Ligeledes jævnfør de kvalitative besvarelser er spørgeteknik, timing og tillid vigtig for patienterne i relation til screeningen. Over halvdelen af respondenterne mener endvidere, at de har behov for at ændre en eller flere sundhedsvaner (63 %), og at sygehuset kan motivere til livsstilsændringer (66 %) gennem fx forebyggelsessamtaler, oplysning om og henvisning til forebyggelsestilbud samt hjælp til at sætte mål for livsstilsændringer. Over halvdelen af patienterne svarer, at blot det at blive spurgt til livsstil har styrket motivationen for at ændre en eller flere livsstilsvaner (59 %). Kun knap halvdelen af respondenterne har tidligere tænkt over deres livsstils betydning for deres helbred (46 %).

Evalueringsens kvalitative del har bidraget med forskellige forslag til forbedringer af screeningen ved en eventuel udbredelse til andre sygehuse. Nedenfor nævnes nogle af de vigtigste forbedringsforslag og opmærksomhedspunkter:

- Det bør genovervejes, om alle patienter skal screenes, og om screeningen skal foretages umiddelbart ved indlæggelse/1. ambulante besøg for patienter i somatikken og senest ved 2. ambulante besøg for patienter i Psykiatrien.
- Det foreslås, at personalet der screener bliver tilbudt kompetenceudvikling i forhold til at tale med patienter om livsstil, at afholde forebyggelsessamtaler og eventuelt forebyggelsesinterventioner på sygehusene, samt at henvise patienten til relevante lokale forebyggelsestilbud.
- Allerede fra starten af en eventuel udbredelse af screeningen, bør der sættes fokus på at informere og involvere alle relevante medarbejdergrupper inkl. sekretærer og læger.
- Relevant og korrekt registrering af screeningsdiagnoserne bør sikres, fx ved at indføre et system, hvor screeningsdiagnoserne kan registreres med det samme.

Se afsnittet ”Pilottestens forslag til forbedring ved videre udbredelse af screeningen”

(s. 14) for en samlet liste over forbedringsforslag fra evalueringens kvalitative besvarelser.

På baggrund af den samlede evaluering, anbefales følgende forud for en eventuel udbredelse af screeningen til andre sygehuse:

- At det overvejes hvilke ledelsesmæssige ressourcer, der skal afsættes.
- At der arbejdes videre med fastlæggelse af tidspunktet for screeningen, så den lægges bedst muligt for patienten.
- At der arbejdes videre med en systematisering af videregivelse af screeningsoplysninger og forebyggelsesbehov til kommuner og almen praksis.
- At der gennemføres et tidsstudie, hvis man ønsker at bestemme nøjagtigt tidsforbrug for screening. Et tidsstudie kan desuden forbedre muligheden for beregning af udgifter til screeningen samt give indblik i hvilke emner, der typisk berøres i en screeningssamtale, ud over selve screeningen.
- At der sker en afdækning af behov for kompetenceudvikling samt gennemføres et grundigt formidlingsarbejde blandt hele personalet, så de føler sig klædt på til opgaven, og ved hvorfor screening er vigtig for patientforløbet.
- At det overvejes, om der er mulighed for at registrere screeningsdiagnoserne på en måde, der letter sekretærernes arbejde.

3 Metode og datagrundlag

Evalueringen bygger på både et kvantitativt og kvalitativt datagrundlag. Kvantitativt er der udført spørgeskemaundersøgelser blandt patienter og ansatte på pilotafdelingerne. Kvalitativt er der udført interviews og gennemgået epikriser fra pilotafdelingerne. I tillæg der til er der via spørgeskemaundersøgelsernes åbne svarmuligheder indsamlet en række kvalitative kommentarer.

Der er gennemført to spørgeskema-runder blandt ansatte; dels i starten af pilotprojektperioden, dels efter implementeringen af screeningsskemaet er gennemført. Der er blevet udarbejdet spørgeskemaer til henholdsvis sundhedspersonalet der screener patienterne, sekretærerne som indtaster screenings-skemaerne og afsnits-/afdelingsledelserne. Primært fokus for første spørgeskemarunde har været at undersøge holdningen til screeningen, og formålet med anden runde har primært været at undersøge, om holdningen har ændret sig. I pilotprojektperioden er der endvidere uddelt spørgeskemaer til patienter på pilotafdelingerne, blandt andet med henblik på at undersøge deres holdning til at blive spurgt om deres livsstil. Både i undersøgelserne blandt patienterne og de ansatte har et fokusområde desuden været at belyse eventuelle forskelle mellem psykiatri og somatik.

For undersøgelserne blandt de ansatte er svarprocenten i første spørgerunde 74 % og i anden måling 73 %. Svarprocenten for patientundersøgelsen er 67 %. Svarprocenter og svarfordelinger fremgår af Tabel 1-3 nedenfor.

Tabel 1: Første spørgerunde, personale	Antal udleverede skemaer	Besvarelser	Svarprocent
Svarfordeling på stillingskategori			
Afsnits-/afdelingsledelse	8	7	88 %
Personale	36	26	72 %
Sekretærer	12	10	83 %
Pilotafdelingerne i alt	58	43	74 %

Tabel 2: Anden spørgerunde, personale	Antal udleverede skemaer	Besvarelser	Svarprocent
Svarfordeling på stillingskategori			
Afsnits-/afdelingsledelse	14	12	92 %
Personale	31	22	71 %
Sekretærer	11	7	64 %
Pilotafdelingerne i alt	56	41	73 %

Tabel 3: Patientundersøgelsen	Antal udleverede skemaer	Besvarelser	Svarprocent
I alt for Medicinsk sengeafdeling	107	48	45 %
I alt for Kirurgisk amb.	168	125	74 %
I alt for Psykiatrisk sengeafsnit	69	57	83 %
I alt for Distriktpsychiatrien	74	48	65 %
I alt for alle afdelinger	418	278	67 %

Både i forhold til undersøgelserne blandt ansatte og patienter er der indkommet væsentligt færre besvarelser af spørgeskemaerne end forventet. Dette betyder, at undersøgelseernes generaliserbarhed er mindsket; dvs. at sandsynligheden for at få samme resultat ved gennemførelse af undersøgelsen på et andet tidspunkt er mindsket (undersøgelsens validitet). Samtidig er mulighederne for afsnitsopdelte analyser mindre end forventet. Rapportens resultater og konklusioner bør derfor generelt læses med et vist forbehold.

Som statistisk beregningsmetode er der anvendt Mann-Whitney test med henblik på at teste, hvorvidt der er forskel på to populationers svar på de enkelte spørgsmål. Eksempelvis om der er forskel på ansattes holdning til at screene før og efter implementering af screeningen. Mann-Whitney testen er en nonparametrisk test og måler mere præcist end fx t-test, når populationerne ikke er normalfordelte.

Som statistisk analysemetode er der ligeledes anvendt Kruskalls Gamma, som er en korrelationskoefficient for ikke-normalfordelte fordelinger. Kruskalls Gamma viser både, om der er forskel på to fordelinger og hvilken fordeling, der mest positiv (analysens retning). Analysemetoden er centreret omkring data-par (konkordante og diskordante par). Der er brugt både Mann-Whitney og Kruskalls Gamma, idet førstnævnte kan være lidt skarpere i relation til at se sammenhænge og sidstnævnte viser retning på sammenhængen.

Alle statistiske tests er foretaget på et signifikansniveau på 95 %. Det betyder, at der ved en målt forskel på to populationer er 95 % sandsynlighed for, at der også reelt er en forskel. Rapporten er desuden udarbejdet på baggrund af samtlige meningsfulde besvarelser fra de patienter og ansatte, der har udfyldt spørgeskemaerne. Det vil sige, at svaret ”ved ikke” og ubesvarede spørgsmål er ekskluderet fra analyserne.

I relation til den kvalitative dataindsamling har Center for Kvalitetsudvikling modtaget i alt 158 epikriser/journaler fra pilotafdelingerne, halvdelen fra før (november-december 2009) og halvdelen efter implementering af screeningen (juni-juli 2010). Epikriserne/journalerne er gennemgået for, om og hvordan sundhedsfremme er registreret heri.

En statistisk gennemgang af data fra det patientadministrative system (PAS) har vist, at resultaterne fra henholdsvis de gennemgåede epikriser og PAS er ensartet. PAS dataene er således ikke opstillet i tabelform i rapporten, da de ikke umiddelbart synes at bidrage med ekstra information. Resultaterne fra undersøgelsen af PAS data viser at:

- Der er ca. samme andel patienter i henholdsvis de gennemgåede epikriser og PAS som har både overvægts/undervægts-diagnose
- Der er ca. samme andel patienter i henholdsvis de gennemgåede epikriser og PAS som har enten 1, 2, 3 eller 4 screeningsdiagnosekoder
- Der er ca. samme antal screeningsdiagnoser i forhold til antal patienter i henholdsvis PAS og epikriserne.

Som led i den kvalitative dataindsamling har Center for Kvalitetsudvikling udført 19 interviews i juni 2010 med både ansatte og patienter i henholdsvis psykiatri og somatik. Interviewene er gennemført med henblik på uddybning af svar, afgivet i spørgeskemaundersøgelserne.

4 Resultater fra undersøgelserne blandt de ansatte

Nedenfor vises resultaterne af de konkrete sammenligninger blandt ansattes svar. De nedenstående bud på forklaringer er udarbejdet på grundlag af de relevante indkomne kvalitative svar fra henholdsvis spørgeskemaer og interviews.

Først ses der på forskellene i svarfordelingen for det somatiske versus det psykiatriske personalets svar på spørgeskemaet for personale der screener patienterne. Det ses, at det somatiske personale svarer signifikant mere positivt på de øverste fem af følgende seks spørgsmål. Kun for spørgsmålet om samarbejdet med sekretærene, svarer personalet i psykiatrien mest positivt:

- Foretages screeningen af patienterne på det rigtige tidspunkt?
- Synes du samlet set, at screeningen bliver gennemført på en god og hensigtsmæssig måde for patienterne?
- Har du brug for kompetenceudvikling i forhold til at foretage screening af patienternes risikofaktorer?
- Har du brug for kompetenceudvikling i forhold til at foretage forebyggelsessamtaler?
- Har du brug for kompetenceudvikling i forhold til at foretage forebyggelsesinterventioner?
- Har samarbejdet med den/de sekretærer, der indtaster screeningsskemaerne fungeret tilfredsstillende?

Dét, at personalet der screener i somatikken svarer mest positivt på ovenstående spørgsmål skal forstås således, at personalet i psykiatrien vurderer tidspunkt for og metode til screening dårligere end personalet i somatikken. Tilsvarende udtrykker personalet i somatikken et større behov for kompetenceudvikling end personalet i psykiatrien. Slutteligt har samarbejdet med sekretærene tilsyneladende fungeret bedre i psykiatrien end i somatikken.

Jævnfør de kvalitative svar kan en forklaring på forskellen i holdning til tidspunkt for screening og metode til screening være, at det kan opleves som problematisk at screene psykiatriske patienter inden for den første uge. Mange opleves at være for dårlige/syge til at kunne svare på spørgsmålene. For at få patienten til at deltage mere aktivt i screeningen anbefaler en interviewperson fra psykiatrien eksempelvis at vente med den, til patienten er klar til at samarbejde omkring screeningsskemaet. En enkelt interviewperson fra somatikken giver dog ligeledes udtryk for, at det bør være muligt at vente med screeningen i somatikken, såfremt patienten er for syg til at deltage heri ved indlæggelse/1. ambulante besøg.

I forhold til metode til screeningen foreslår en interviewperson fra psykiatrien eksempelvis, at screeningen ændres, så den bedre kan tilpasses den enkelte patient. Der er ikke fundet forklaringer i de kvalitative svar på, hvad årsagen kan være til, at samarbejdet med sekretærene tilsyneladende har fungeret bedst i psykiatrien. En forklaring kan dog være den statistiske usikkerhed, da antallet af besvarelser er re-

lativt lille, hvorfor det ikke er sikkert, at forskellen vil være der i en større population.

Ses der på den tidsmæssige dimension. Det vil sige, om ansatte (sekretærer, personale der screener og afsnits-/afdelingsledelser) har ændret holdning til screeningen fra de udfyldte spørgeskemaet i februar/marts og til juni måned 2010, er der ingen spørgsmål, hvor ansatte svarer signifikant anderledes i juni 2010. Der er imidlertid meget få besvarelser i nogle af undergrupperne, så resultatet bør læses med et vist forbehold.

I relation til de otte spørgsmål, der er stillet til både personalet der screener patienterne og til afsnits-/afdelingsledelser, er der to spørgsmål, hvor svarene er signifikant forskellige. I begge sammenligninger er det afsnits-/afdelingsledelserne, som ser et større behov for kompetenceudvikling end det personale, der screener patienterne.

Det drejer sig om følgende:

- Har du brug for kompetenceudvikling i forhold til at foretage forebyggelsessamtaler? stillet til personalet der screener versus Har personalet brug for kompetenceudvikling i forhold til at foretage forebyggelsessamtaler?, stillet til afsnits-/afdelingsledelser.
- Har du brug for kompetenceudvikling i forhold til at foretage forebyggelsesinterventioner? stillet til personalet der screener versus Har personalet brug for kompetenceudvikling i forhold til at foretage forebyggelsesinterventioner?, stillet til afsnits-/afdelingsledelser.

Der er ikke i de kvalitative kommentarer fra personale og afsnits-/afdelingsledelser forklaring på, hvad forskellen skyldes.

Ses der på, om der er forskel i afsnits-/afdelingsledelsernes svar på tværs af somatik og psykiatri er der forskel på spørgsmålet:

- Har personalet brug for kompetenceudvikling ift. at foretage screening af patienternes risikofaktorer?

Her giver lederne i somatikken udtryk for et større behov for kompetenceudvikling end lederne i psykiatrien. Der er ganske få svar på spørgsmålet, hvorfor den statistiske usikkerhed er relativt stor i forhold til, om man fortsat vil finde en tilsvarende forskel ved en større stikprøve.

5 Resultater fra patientundersøgelsen

I det følgende afsnit opsummeres de resultater fra patientundersøgelsen, hvor der er fundet forskelle mellem de forskellige svargrupper. De nedenstående bud på forklaringer er udarbejdet på baggrund af de relevante indkomne kvalitative svar fra henholdsvis spørgeskemaer og interviews.

Ses der på svarene fra de somatiske versus de psykiatiske patienter, findes en statistisk signifikant forskel på otte af elleve spørgsmål, hvor det er muligt at sammenligne statistisk. For alle otte spørgsmål, hvor der er forskel, er de somatiske patienter mere positive i relation til spørgsmålet om livsstil end de psykiatiske. Det drejer sig om følgende:

- *Har du tidligere tænkt over din livsstils betydning for dit helbred?*
- *Synes du, at det er relevant, at psykiatrien spørger patienter om deres livsstil (motion, vægt, rygning og alkohol) som led i kontakten til psykiatrien/somatikken?*
- *Synes du, at det er i orden, at du som led i kontakten til psykiatrien/somatikken bliver spurgt om din vægt og højde?*
- *Synes du, at det er i orden, at du som led i kontakten til psykiatrien/somatikken bliver målt om taljen?*
- *Synes du, at det er i orden, at du som led i kontakten til psykiatrien/somatikken bliver spurgt om dine rygevaner?*
- *Synes du, at du blev spurgt om din livsstil på en god måde?*
- *Synes du, at du har behov for at ændre en eller flere af dine livsstilsvaner?*
- *Mener du, at psykiatrien/somatikken kan motivere/hjælpe dig til at ændre en eller flere af dine livsstilsvaner?*

Et bud på, hvorfor de psykiatiske patienter har svaret mere negativt på ovenstående spørgsmål end de somatiske patienter, kan være, at det ”kan afhænge af dagsformen, hvordan det at blive spurgt om livsstil opleves”, som en af interviewpersonerne fra psykiatrien udtrykker det. Generelt er der ikke så mange kommentarer fra patienterne i forhold til at understøtte en forklaring på forskellene i besvarelser på de to patientgrupper.

Det er endvidere undersøgt, hvorvidt der er forskel patienternes holdning til at blive spurgt om livsstil opdelt på følgende grupper:

- før og efter implementering af screeningen
- indlagte og ambulante
- under 40 år og 40 år eller ældre
- kvinder og mænd

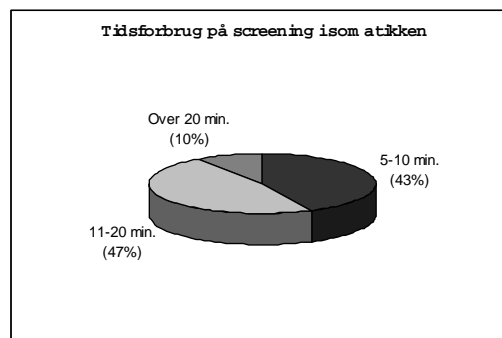
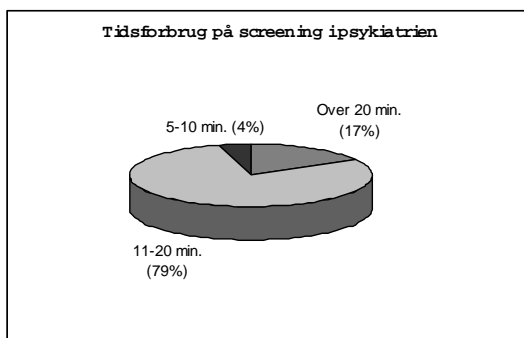
Opdelt på disse fire grupper er der imidlertid ikke fundet statistisk signifikante forskelle i patienternes svar på spørgsmålene.

6 Ressourcetræk i forbindelse med screeningen

Som udgangspunkt har ønsket til evalueringen været, at der på baggrund af personalets tidsforbrug i pilotforløbet skulle udarbejdes et overslag over forventet udgift til personaleforbrug ved en implementering af screeningsværktøjet. Erfaringerne fra pilottesten har imidlertid vist, at det ikke i praksis har været muligt for det screenende personale at skelne skarpt mellem screening og anden samtale med patienten.

Det ressourceforbrug, der er forbundet med screeningen er delvist ressourcer, der alligevel skal bruges, eller i forvejen bliver brugt. Det er ikke nyt, at sygehuse foretager screening for risikofaktorer. Disse screeninger er hidtil blot ikke foregået samlet og systematisk. Der er dog nu et krav i Den Danske Kvalitetsmodel standard 2.16.2. "Identifikation af sundhedsmæssig risiko" om, at alle patienter skal screenes minimum for kost, rygning, alkohol og motion, samt at denne sundhedsmæssige vurdering dokumenteres i patientjournalen.

I nedenstående cirkeldiagrammer ses svarfordelingen for "Hvor lang tid tager det cirka at screene en patient?" opdelt på psykiatri og somatik. For psykiatrien er der entydigt flest besvarelser i kategorien 11-20 minutter, mens tidsforbruget er mere spredt for somatikken, idet kategorien 5-10 minutter har næsten lige så mange besvarelser, som kategorien 11-20 minutter.



Grundet et mindre antal besvarelser samt den erkendelse, at det screenende personale ikke har kunnet skelne skarpt mellem screening og anden samtale med patienten vedr. fx forebyggelse, har det været svært for personalet at estimere tid, brugt direkte på screening. Derfor kan der ikke ud fra indeværende evaluering foretages en fornuftig beregning af udgiften til personaleforbrug ved en eventuel udbredelse af screeningen til andre sygehuse.

Såfremt man ønsker en præcis angivelse af tidsforbruget til screeningen, anbefaler Center for Kvalitetsudvikling at gennemføre et tidsstudie. Med et tidsstudie vil man både opnå bedre viden om tidsforbrug på screening, samt hvad samtalen omhandler i øvrigt; herunder kan der ses på hvor stor en del af dialogen, der fx omhandler forebyggelse. Noget de kvalitative besvarelser peger på. Tidsstudie har ikke kunnet udføres inden for indeværende evaluerings økonomiske rammer.

I relation til hvor lang tid det tager for sekretærerne at indtaste screeningskemaet, er der udarbejdet en fælles opgørelse for psykiatri og somatik, idet 76 % af alle sekretærerne svarer, at de bruger 1-2 minutter på indtastningen. Se Tabel 4 nedenfor.

Tabel 4: Sekretærer		
	Andel	Antal
Hvor lang tid tager det i gennemsnit at indtaste skemaerne?		
1-2 minutter	76 %	13
4-5 minutter	24 %	4
I alt	100 %	17

7 Brug af projektets screeningsdiagnoser i udvalgte epikriser/journaler

Center for Kvalitetsudvikling har modtaget i alt 158 epikriser/journaler fra pilotafdelingerne, halvdelen fra før (november-december 2009) og halvdelen efter implementeringen af screeningen (juni-juli 2010). Epikriserne fra Distriktskykiatrien er taget fra to forskellige, men sammenlignelige populationer, henholdsvis ”alle i kontakt med Distriktskykiatrien” og ”kronikerne inden for Distriktskykiatriens område”. For at opnå et tilstrækkeligt antal epikriser på kronikerområdet er Distriktskykiatriens ”efter” epikriser fra perioden marts-juli 2010.

Center for Kvalitetsudviklings gennemgang af de 158 epikriser/journaler er sket ud fra følgende forudbestemte kriterier:

- Hvilke af de fem screeningsdiagnoser er til stede i epikrisen/journalen?
 - DZ038F: ”Klinisk mistanke om underernæring”
 - DE669: ”Overvægt uden specifikation”
 - DZ723: ”Mangel på fysisk aktivitet ”
 - DZ720E: ”Daglig rygning”
 - DZ721A: ”Alkoholforbrug>14(k) hhv. 21 (m) genstande om ugen”
- Fremgår det af epikrisen/journalen, at der er talt med patienten om sundhedsfremme? - Herunder kost, rygning, alkohol og motion.
- Er der en indlysende grund til ikke at tale om sundhedsfremme, så som terminal patient, død patient, eller at sundhedsfremme er noteret som ikke relevant?

Epikriserne/journalerne fra november-december 2009 indeholder ingen af projektets fem screeningsdiagnoser. I epikriserne/journalerne fra perioden efter implementering af screeningen ses det imidlertid, at afdelingerne i mindre omfang er begyndt at anvende screeningsdiagnoserne. Diagnosen ”Overvægt uden specifikation” er brugt flest gange og ”Alkoholforbrug>14(k) hhv. 21 (m) genstande om ugen” er anvendt færrest gange.

Ses der på, hvorvidt sundhedsfremme er nævnt i selve epikrise-/ journalteksten før og efter implementeringen, er der en tendens til forbedring. I perioden før pilotprojektet er sundhedsfremme nævnt i 22 ud af 80 (28 %) af epikrise- /journalteksterne. Efter implementeringen indgår emnet sundhedsfremme derimod i 27 ud af 78 (35 %) af epikrise-/journalteksterne. I 18 af disse 27 epikriser/journaler (67 %) med tekst omkring sundhedsfremme, er der ligeledes registreret en eller flere af projektets fem screenings-diagnoser.

Ved krydstjek af screeningsdiagnoserne ses det, at ni epikriser/journaler både er registreret med screeningsdiagnosen ”Klinisk mistanke om underernæring” (DZ038F) og ”Overvægt uden specifikation” (DE669). Der har været fokus på kombination af disse to screeningskoder undervejs i pilotprojektet, da den i visse tilfælde kan være uhensigtsmæssig.

Se Bilag 3 for en uddybning af hvordan screeningsdiagnoserne er fordelt på epikriser/journaler og afsnit, samt hvordan diagnoserne er kombineret i epikriser/journaler, hvor der er registreret to eller flere screeningsdiagnoser.

8 Pilottestens forslag til forbedring ved videre udbredelse af screeningen

Pilotafdelingerne har i forbindelse med besvarelse af spørgeskemaerne til ansatte samt i de gennemførte interviews haft mulighed for at komme med forslag til forbedring, ved en eventuel videre udbredelse af screeningen. Ligeledes har de adspurgte patienter haft mulighed for at give kommentarer i forhold til det at blive spurgt om livsstil. Kommentarerne er samlet nedenfor som pilottestens forbedringsforslag ved eventuel udbredelse af screeningen til andre sygehuse.

8.1 Sundhedskoordinatorernes forbedringsforslag

- at personalet skal tilbydes noget kompetenceudvikling, fordi det er et særligt felt at skulle kommunikere omkring adfærdsændringer – de mangler deciderede redskaber til at tale med folk om livsstilsændringer, så samtalen får omsorg frem for løftet pegefinger som omdrejningspunkt.
- at screening foretages ved indlæggelse, da det ved korte indlæggelser ellers kan være svært at nå screeningen.
- at somatikken/psykiatrien for at motivere til livsstilsændringer kan forsøge at optræde som rollemodel med fx røgfrit sygehus, sund/rigtig kost, kostvejleder og motivation til bevægelse under indlæggelse.
- at der sikres bedre deltagelse fra den kliniske ledelse i implementeringen, end der har været i pilotfasen.
- at der udpeges en sygehuskontaktperson på hvert sygehus, samt at der er en koordinerende person (sundhedskoordinatorernes egen funktion) for hele sygehuset med henblik på at ensrette og styre implementeringsprocessen.
- at der sikres bedre involvering af lægerne, end tilfældet har været i pilotfasen.

8.2 Fælles forbedringsforslag fra somatik og psykiatri

Ansatte foreslår:

- at personalet får bedre information om hvordan forebyggelsessamtaler kan gennemføres, og hvad de skal indeholde.
- at personalet får bedre information om, hvad forebyggelsesinterventioner er, hvordan de foretages og hvilke muligheder der er herfor internt/eksternt i forhold til afdelingen.
- at der afsættes ressourcer til arbejdet med screeningen.

Sekretærer fra psykiatri og somatik foreslår:

- at der bliver mulighed for at registrere screeningsdiagnoserne med det samme. Det kan undersøges, om der kan registreres som procedurekode frem for b-diagnose.

Registreringsansvarlig overlæge foreslår:

- at der arbejdes med at skabe en holdningsændring blandt personalet.
- at der ved projektstart er fokus på, at information når ud til alle relevante personalegrupper.

8.3 Forbedringsforslag fra psykiatrien

Patienter foreslår:

- at det er en person patienten kender, som gennemfører samtalen.
- at patienten får bedre information om, hvorfor screeningen er relevant.
- at patienten får bedre information om mulighederne for hjælp.

Personale der screener foreslår:

- at der på forhånd tages stilling til hvilken personalegruppe, der skal udføre screeningen.
- at tidspunkt for screening genovervejes. Det kan være problematisk at screene patienterne inden for den første uge, da mange er for dårlige/syge til at kunne svare på spørgsmålene. For at få patienten til at deltage mere aktivt i screeningen, anbefales det at vente til denne er klar til at samarbejde omkring screeningskemaet. Det anbefales således, at tidspunkt for screeningen bliver tilpasset den enkelte patient.
- at der udarbejdes en ”pakkeløsning” til personalet, som indeholder diverse tilbud, så det bliver lettere at vejlede og henvise patienten til det rette tilbud.
- at brugen af screening ikke implementeres som obligatorisk, så den kun gennemføres, når det er relevant; herunder anbefales det at overveje, om screening bedre vil kunne understøttes i eget hjem eller i sociale sammenhænge som fx socialpsykiatrien.

Afsnits-/afdelingsledelser foreslår:

- at tidspunktet for screening ændres. Tidspunktet for screening er generelt for tidligt. Det anbefales, at der ventes til patienten er psykisk klar til at tale om livsstil, så snakken kan ske i den rigtige kontekst, dog fortsat så tidligt i forløbet som muligt.
- at screeningen ikke implementeres som obligatorisk i hele psykiatrien i regionen. Begrundelsen er, at selv om livsstil er vigtig, bør det være den psykiske sygdom, der er i fokus.
- at implementeringstidspunktet fastlægges under hensyntagen til afdelingernes andre projekter, herunder implementering af Den Danske Kvalitetsmodel.

- et klart ledelsesfokus i relation til at få registreret screeningerne i epikriserne.
- et fokus på anvendelsen af screeningsdiagnoserne, så de registreres korrekt og kun de relevante diagnoser kommer med epikrisen.
- at afdelingen inden implementering tager stilling til, hvordan den vil bruge de oplysninger, der tilvejebringes ved screeningen.
- at sygeplejersker foretager screeningen, da de er vant til opgaven.
- at sammenhæng med Den Danske Kvalitetsmodel sikres.

8.4 Forbedringsforslag fra somatikken

Patienter foreslår:

- at spørgsmålene ikke læses direkte op, da det kan virke mindre behageligt og distanceret, hvis sundhedspersonalet sidder og læser spørgsmålene op.
- at spørgeteknik og timing tænkes ind i forbindelse med samtalerne. Fx kan det være svært at bruge snakken om livsstil, hvis der er tale om en meget syg patient.
- at overveje screening på første møde med klinikken, da dette kan virke som dårlig timing.
- at der sker opfølgning – ”5 års syn”.

Personale der screener foreslår:

- at der sker en selektion i forhold til om screeningen er relevant.
- at det overvejes, om screening ved udskrivelse vil passe bedre, hvis patienterne er meget syge ved indlæggelse og derfor ikke har så meget overskud.
- at der holdes et kort introduktionskursus til personalet af en times varighed
- at overveje, om screeningerne kan lægges ud i primær sektor, så patienterne screenes, når de har det bedst – de behøver ikke at være raske, men de skal være inde i en god stabil fase.
- at taljemål genovervejes, da mange får diagnose.
- at personalet får mere viden om de tilbud, de kan give patienterne.

Afsnits-/afdelingsledelser foreslår:

- at screeningen gennemføres ved indlæggelse, med mindre patienten er for syg til det.
- at der laves et system, så screeningsdiagnoserne kan registreres med det samme.
- at afdelingerne sikrer at screeningsdiagnoserne ledsages af kommentarer, så risikoen for misforståelser mindskes.

- at der ved implementering fokuseres på at få registreret screeningen på udskrivelseskortet/epikrisen. Desuden bør der gøres opmærksom på, at der medfølger ekstra krav ud over screeningen, fx flere forebyggelsessamtaler.
- at der bruges sundhedskoordinatorer, da det i pilotfasen har fungeret godt med dem til løbende opfølgning.
- at screening, forebyggelsessamtaler og forebyggelsessamtaler foretages i primær sektor.

Bilag 1: Svarprocenter

Svarprocenter for 1. undersøgelsesrunde blandt ansatte

Bilagstabel 1	Antal udleverede skemaer	Besvarelser	Svarprocent
Medicinsk sengeafdeling			
Afsnits-/afdelingsledelse	2	-	-
Personale	15	-	-
Sekretærer	7	-	-
I alt Medicinsk senge-afdeling	24	15	63 %
Kirurgisk amb.			
Afsnits-/afdelingsledelse	4	-	-
Personale	5	-	-
Sekretærer	2	-	-
I alt Kirurgisk amb.	11	10	91 %
Psykiatrisk sengeafsnit			
Afsnits-/afdelingsledelse	1	-	-
Personale	7	-	-
Sekretærer	1	-	-
I alt Psykiatrisk sengeafsnit	9	8	89 %
Distriktpsychiatrien			
Afsnits-/afdelingsledelse	2	-	-
Personale	11	-	-
Sekretærer	2	-	-
I alt Distriktpsychiatrien	15	10	67 %
I alt	58	43	74 %

Bilagstabel 2	Antal udleverede skemaer	Besvarelser	Svarprocent
Svarfordeling på stillingskategori			
Afsnits-/afdelingsledelse	8	7	88 %
Personale	36	26	72 %
Sekretærer	12	10	83 %
Pilotafdelingerne i alt	58	43	74 %

Svarprocenter for 2. undersøgelsesrunde blandt ansatte

Bilagstabel 3	Antal udleverede skemaer	Besvarelser	Svarprocent
Medicinsk sengeafdeling			
Afsnits-/afdelingsledelse	4	-	-
Personale	12	-	-
Sekretærer	6	-	-
I alt Medicinsk senge-afdeling	22	14	64 %
Kirurgisk amb.			
Afsnits-/afdelingsledelse	7	-	-
Personale	4	-	-
Sekretærer	2	-	-
I alt Kirurgisk amb.	13	10	77 %
Psykiatrisk sengeafsnit			
Afsnits-/afdelingsledelse	1	-	-
Personale	5	-	-
Sekretærer	1	-	-
I alt Psykiatrisk sengeafsnit	7	7	100 %
Distriktpsychiatrien			
Afsnits-/afdelingsledelse	2	-	-
Personale	10	-	-
Sekretærer	2	-	-
I alt Distriktpsychiatrien	14	10	71 %
I alt	56	41	73 %

Bilagstabel 4	Antal udleverede skemaer	Besvarelser	Svarprocent
Svarfordeling på stillingskategori			
Afsnits-/afdelingsledelse	14	12	92 %
Personale	31	22	71 %
Sekretærer	11	7	64 %
Pilotafdelingerne i alt	56	41	73 %

Svarprocenter for patientundersøgelsen

Bilagstabel 5	Antal udleverede skemaer	Besvarelser	Svarprocent
Medicinsk sengeafdeling			
Februar	17	-	-
Marts, skøn	30	-	-
April	0	-	-
Maj, skøn	30	-	-
Juni, skøn	30	-	-
I alt for Medicinsk-sengeafdeling	107	48	45 %
Kirurgisk amb.			
Februar	16	-	-
Marts	43	-	-
April	41	-	-
Maj	35	-	-
Juni	25	-	-
Juli	8	-	-
I alt for Kirurgisk amb.	168	125	74 %
Psykiatrisk sengeafsnit			
1. februar-15. juli	69	57	83 %
Distriktpsychiatrien			
Februar	35	-	-
Marts	22	-	-
April	6	-	-
Maj	8	-	-
Juni	2	-	-
Juli	1	-	-
I alt for Distriktpsychiatrien	74	48	65 %
I alt			
Alle afdelinger	418	278	67 %

Bilag 2: Svarfordelinger for undersøgelserne

Svarfordeling for sundhedspersonale, der screener patienter

Nedenstående svarfordelinger viser de samlede resultater for skemaer udfyldt i både februar/marts og juni 2010 på alle fire pilotafdelinger.

Bilagstabel 6		
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Anciennitet i afdelingen		
0 – 5 år	38 % (8)	70 % (16)
6 – 10 år	38 % (8)	30 % (7)
11 til 20 år	24 % (5)	0 % (0)
I alt	100 % (21)	100 % (23)

Bilagstabel 7		
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Stillingsbetegnelse		
Afdelingslæge	4 % (1)	0 % (0)
Overlæge	4 % (1)	0 % (0)
Psykolog	9 % (2)	0 % (0)
Social- og sundhedsassistent	22 % (5)	0 % (0)
socialrådgiver	9 % (2)	0 % (0)
Stedfortræder for afdelingssygeplejerske	0 % (0)	4 % (1)
Sygeplejerske	52 % (13)	96 % (22)
I alt	100 % (23)	99 % (23)

Bilagstabel 8		
	Andel	Antal
Afdeling		
Medicinsk-sengeafdeling	31 %	15
Kirurgisk amb.	17 %	8
Psykiatrisk sengeafsnit	25 %	12
Distriktpsykiatrien	27 %	13
I alt	100 %	48

Bilagstabel 9		
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Runde hvor skema er udfyldt		
Før implementering af screening	56 % (14)	52 % (12)
Efter implementering af screening	44 % (11)	48 % (11)
I alt	100 % (25)	100 % (23)

Bilagstabel 10		
	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Synes du, at det er relevant at spørge patienterne om deres livsstil?		
Positivt svar	84 % (21)	77 % (17)
Negativt svar	16 % (4)	23 % (5)
I alt	100 % (25)	100 % (22)

Bilagstabel 11		
	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Føler du dig fagligt klædt på til at spørge patienterne om deres livsstil?		
Positivt svar	80 % (20)	59 % (13)
Negativt svar	20 % (5)	41 % (9)
I alt	100 % (25)	100 % (22)

Bilagstabel 12	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Oplever du, at patienterne gerne vil deltage aktivt i screeningen?		
Positivt svar	52 % (13)	64 % (14)
Negativt svar	48 % (12)	36 % (8)
I alt	100 % (25)	100 % (22)

Bilagstabel 13	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Har patienterne let ved at forholde sig til spørgsmålene?		
Positivt svar	48 % (12)	62 % (13)
Negativt svar	52 % (13)	38 % (8)
I alt	100 % (25)	100 % (21)

Bilagstabel 14	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Er det en relevant patientmålgruppe, der screenes?		
Positivt svar	88 % (22)	41 % (9)
Negativt svar	12 % (3)	59 % (13)
I alt	100 % (25)	100 % (22)

Bilagstabel 15	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Foretages screeningen af patienterne på det rigtige tidspunkt?		
Positivt svar	27 % (6)	70 % (14)
Negativt svar	73 % (16)	30 % (6)
I alt	100 % (22)	100 % (20)

Bilagstabel 16	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Synes du samlet set, at screeningen bliver gennemført på en god og hensigtsmæssig måde for patienterne?		
Positivt svar	42 % (10)	80 % (16)
Negativt svar	58 % (14)	20 % (4)
I alt	100 % (24)	100 % (20)

Bilagstabel 17	Svar psykiatri
----------------	----------------

Har du yderligere kommentarer til screeningen af patienterne?

At screeningen skal foretages inden anden kontakt er uhensigtsmæssigt!

Bør screenes når det passer naturligt ind i sammenhængen, fx. når der ordineres medicin, hvor vægtøgning er en kendt bivirkning,

Dejligt, hvis der fulgte personale med, og der var noget godt at viderehenvise til. Eller tilføj ressourcer, der kunne varetage de forskellige problematikker.

Det er en ødelæggende indgriben i terapien, med tab af alliancen.

Det er ikke nyt for patienterne at tale med os om livsstil.

For tidligt i forløbet.

Få patienterne klar til screening i løbet af den første uge af indlæggelsen. Er ofte for dårlige til at se relevant på problemerne vedrørende livsstil.

Ingen reel opfølgning, fx. hvis patienten har problemer, der skal tages hånd om et andet sted.

Kan virke malplaceret for patienterne, som har andre problemer, de hellere vil diskutere.

Screening for livsstilsfaktorer er forstyrrende i terapien, men relevant for patienten.

Screening skal foretages på et senere tidspunkt i indlæggelsesforløbet. Screening skal anvendes mere målrettet.

Screening uden opfølgning giver ikke mening for patienten (eller mig).

Screeningen foretages for tidligt i forløbet.

Screeningen foretages helt ude af sammenhæng med andre tiltag. Intet ordentligt tilbud efterfølgende.

Synes, det er et tidligt tidspunkt. Synes det kan virke irrelevant, når patienten har det dårligt, er som oftest opfyldt af helt andre tanker.

Bilagstabel 18	Svar somatik
-----------------------	---------------------

Har du yderligere kommentarer til screeningen af patienterne?

Fint, at man kan lave en forebyggende samtale, svært at gøre det kort.

Måske synes jeg, livviddemål er for lav til at lave diagnose. Næsten alle får en diagnose.

Personalet bør tilbydes mere omkring motivation, samtaleteknikker osv., for at være bedre rustet.

Synes PRIK kan vente til nogle dage efter indlæggelse. Der sker mange ting for patienten ved indlæggelsestidspunktet.

Vores patientgruppe er dårlige at screene pga. sygdom og konsekvenserne heraf plus alder.

Vores patienter i afdelingen er måske ikke de bedste at screene, da de er kronisk syge og pga. deres sygdom har svært ved at skulle lave en masse om. De er også gamle.

Bilagstabel 19	Psykiatri	
	Andel (antal svar) Februar/marts	Andel (antal svar) Juni

Hvor lang tid tager det cirka at screene en patient?

5 – 10 minutter	23 % (3)	9 % (1)
11 – 20 minutter	69 % (9)	91 % (10)
Over 20 minutter	8 % (1)	0 % (0)
I alt	100 % (13)	100 % (11)

Bilagstabel 20	Somatik	
	Andel (antal svar) Februar/marts	Andel (antal svar) Juni

Hvor lang tid tager det cirka at screene en patient?

5 – 10 minutter	40 % (4)	45 % (5)
11 – 20 minutter	50 % (5)	45 % (5)
Over 20 minutter	10 % (1)	9 % (1)
I alt	100 % (10)	99 % (11)

Bilagstabel 21	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Er det de relevante faggrupper, der foretager screeningen?		
Ja	75 % (18)	95 % (18)
Nej	25 % (6)	5 % (1)
I alt	100 % (24)	100 % (19)

Bilagstabel 22	Svar psykiatri og somatik	
	Hvem mener du burde udføre screeningen?	
Alle kan, hvis man føler sig sikker i KRAM.		
Fx. et crew af sundhedspersonaler, hvor screeningen holdes udenfor det terapeutiske rum.		
Fx. sygeplejersker, som har denne opgave.		
Lægegruppen.		
Personale som arbejder med livsstil.		
Sundhedsfagligt personale, som "følger med" projektet ville give bedre tid til snakken og viden om tilbud.		
Sundhedsfagligt uddannet personale.		
Sygeplejersker og læger.		
Sygeplejersker.		
Sygeplejerskerne.		

Bilagstabel 23	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Er screeningsskemaet let at udfylde?		
Positivt svar	92 % (22)	71 % (15)
Negativt svar	8 % (2)	29 % (6)
I alt	100 % (24)	100 % (21)

Bilagstabel 24**Svar psykiatri****Har du yderligere kommentarer til udfyldningen af screeningskemaet?**

Er misvisende i forhold til, at patienten har haft et vægttab, men patienten er stadig overvægtig, BMI op.

Jeg synes, de to skemaer skulle spørge ens, så der ikke sker misforståelser.

Man får alt for let diagnoser!

Nej, det bør fjernes fra det terapeutiske rum.

Patienterne kender ikke deres taljemål og har ofte ikke målebånd. IKKE en opgave som ligger indenfor mit område.

Screening af patienten skal ikke uden videre udløse en diagnose.

Taljemålet kender patienten typisk ikke. Føles uetisk at bede om at måle.

Bilagstabel 25**Svar somatik****Har du yderligere kommentarer til udfyldningen af screeningskemaet?**

Der er ikke plads til at skrive kommentarer til afkrydsningen.

Det er ikke overskueligt.

Det kræver en gennemlæsning for hver screening. Overordnet ved man, hvad man skal spørge om. Skal læses grundigt for at svare rigtigt i "ja/nej" kasserne.

Man er nødt til at læse alle spørgsmål for at være sikker på at svare rigtigt. De er lidt "kryptisk" stillet.

Man falder nemt i under "motion mindre end...". Og skal det være daglig motion eller må det deles ud over uger?

Screeningstiden afhænger af, om der er noget at tage fat på. Det tager længere tid at screene én, der både ryger og er overvægtig, end én der er slank, ikke ryger og motionerer dagligt.

Bilagstabel 26**Svar**

**Psykiatri
(antal)**

**Somatik
(antal)**

Oplever du, at screeningen skaber større opmærksomhed på forebyggelse som et led i behandlingsindsatsen?

Positivt svar	59 % (13)	52 % (11)
Negativt svar	41 % (9)	48 % (10)
I alt	100 % (22)	100 % (21)

Bilagstabel 27	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Bevirker screeningen, at der er øget efterspørgsel efter forebyggelsessamtaler og forebyggelsesinterventioner fra personalets side?		
Positivt svar	37 % (7)	45 % (9)
Negativt svar	63 % (12)	55 % (11)
I alt	100 % (19)	100 % (20)

Bilagstabel 28	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Oplever du, at screening af patienter skaber større opmærksomhed på forebyggelse blandt patienterne?		
Positivt svar	30 % (7)	41 % (9)
Negativt svar	70 % (16)	59 % (13)
I alt	100 % (23)	100 % (22)

Bilagstabel 29	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Bevirker screeningen, at der er øget efterspørgsel efter forebyggelsessamtaler og forebyggelsesinterventioner fra patienternes side?		
Positivt svar	18 % (4)	25 % (5)
Negativt svar	82 % (18)	75 % (15)
I alt	100 % (22)	100 % (20)

Bilagstabel 30**Svar psykiatri****Hvilken rolle har screeningen spillet i forhold til at have fokus på forebyggelse i udskrivningssamtaler og epikriser?**

Det er der ikke så meget fokus på endnu, men mener at det kommer der.

Det har øget min opmærksomhed.

Det ved jeg ikke. Det kan virke underligt, at der kan fremkomme en diagnose: "mistanke om underernæring" hos en patient, der har tabt sig fra 110 til 100 kg.

En lille rolle.

Fokus er den psykiatriske lidelse, tilbagefaldssymptomer etc. ved udskrivningssamtaler. Fokus på forebyggelse når relevant.

For tidligt at sige noget om det endnu.

Har ikke oplevet, at det har spillet en rolle.

Hvis patienten har haft mulighed for at "se" forskellige former for intervention under indlæggelse - opfølgning (fx. motion).

Ikke så meget, da patienterne ofte har mange andre problemer at forholde sig til ved udskrivelse.

Ingen stor rolle.

Ingen ændring umiddelbart.

Kun en lille rolle om nogen.

Mere fokus på disse problemer.

Spiller ikke så stor rolle endnu.

Bilagstabel 31**Svar somatik****Hvilken rolle har screeningen spillet i forhold til at have fokus på forebyggelse i udskrivningssamtaler og epikriser?**

De fleste patienter ønsker ingen forebyggelsessamtaler, så der bliver ikke snakket meget om det med dem, der ikke ønsker.

Det er stadig ret nyt, men har ikke set en epikrise, hvor det er nævnt.

Har endnu ikke læst nogen epikriser, hvori det indgår.

Ingen indtil nu.

Ikke relevant, da vi arbejder i ambulante forløb.

Ingen overhovedet. Mange af vores patienter har fokus et helt andet sted end omkring livsstil.

Ingen.

Jeg har endnu ikke oplevet den store fokus i den forbindelse.

Jeg synes, at det har været begrænset, hvor meget der er gjort ud af det, selvom patienten er screenet. Så minimal rolle har det spillet.

Vi har kun ambulante patienter i forløb.

Vi har ikke været i gang længe nok til at kunne sige noget om det.

Umiddelbart ikke meget.

Bilagstabel 32		
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Bliver patienternes forebyggelsesbehov videregivet til almen praksis (fx patientens behov for rygestopkursus)?		
Ja	76 % (13)	30 % (3)
Nej	24 % (4)	70 % (7)
I alt	100 % (17)	100 % (10)

Bilagstabel 33	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Hvordan er videregivelsen af patienternes forebyggelsesbehov til almen praksis foregået?		
Ved epikrise	47 % (8)	75 % (3)
Anden skriftlig kommunikation	6 % (1)	0 % (0)
Telefonisk	0 % (0)	0 % (0)
Personligt møde/personlig samtale	18 % (3)	0 % (0)
Andet, skriv hvad:	29 % (5)	25 % (1)
I alt	100 % (17)	100 % (4)

Psykiatri og somatik svar fra "Andet, skriv hvad:"

Patienten opsøger selv sin praktiserende læge.

Patienten taler selv med egen læge.

Kun hvis det har relevans for psykiatriske lidelser.

Ved behov og når relevant opfordres patienten til at opsøge egen læge.

Vi opfordrer patienterne til at tage kontakt.

Bilagstabel 34	Svar psykiatri og somatik
-----------------------	----------------------------------

Har du forslag til forbedringer af videregivelsen af patienternes forebyggelsesbehov til almen praksis?

At der sendes en kort epikrise til egen læge.

Hjælpe patienten til tidsbestilling hos egen læge med henblik på ønsket.

Lægerne skal bare blive bedre til at få det dikteret.

Nej, det fungerer fint.

Nogle af diagnoserne virker malplacerede, fx. at de samtidig står mistanke om underernæring/overvægt.

Patienten kan jo også selv drøfte disse ting med sin læge.

Bilagstabel 35		
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)

Bliver patienternes forebyggelsesbehov videregivet til kommunen (fx patientens behov for rygestopkursus)?

Ja	38 % (6)	20 % (2)
Nej	63 % (10)	80 % (8)
I alt	100 % (16)	100 % (10)

Bilagstabel 36	Svar	
	Andel	Antal

Hvordan er videregivelsen af patienternes forebyggelsesbehov til kommunen foregået?

Skriftligt	0 %	0
Telefonisk	22 %	2
Ved personligt møde/ samtale	33 %	3
Andet, skriv hvad:	44 %	4
I alt	99 %	9

Psykiatri og somatik svar fra "Andet, skriv hvad:"

Opfordrer til Sund-by-kontakt.

Patienten tager kontakt sammen med socialpsykiatrien.

Samarbejds møde med socialpsykiatrien.

Vi opfordrer patienterne til at tage kontakt.

Bilagstabel 37**Svar psykiatri og somatik****Har du forslag til forbedringer af videregivelsen af patienternes forebyggelsesbehov til kommunen?**

Klart en stor fordel, hvis personalet har mere materiale fra omkringliggende kommuner vedrørende diverse tilbud om fx. væggtab, rygestop osv.

Patienten opsøger selv sundhedsforebyggelse, enten alene eller sammen med socialpsykiatrien.

Bilagstabel 38**Svar****Psykiatri
(antal)****Somatik
(antal)****Hvad mener du, at sygehuset kan gøre for at motivere og hjælpe patienterne til livsstilsændringer?**

Screenere patienter for risikofaktorer	10 % (4)	15 % (12)
Tilbyde forebyggelsessamtaler på sygehuset	12 % (5)	21 % (16)
Tilbyde forebyggelsesinterventioner på sygehuset	15 % (6)	12 % (9)
Oplyse om forebyggelsesinterventioner uden for sygehuset	24 % (10)	14 % (11)
Kommunikere patienternes forebyggelsesbehov til egen læge	12 % (5)	13 % (10)
Kommunikere patienternes forebyggelsesbehov til hjemkommune	5 % (2)	10 % (8)
Sikre et sundhedsfremmende behandlingsmiljø på sygehuset	17 % (7)	14 % (11)
Andet, skriv hvad:	5 % (2)	1 % (1)
I alt	100 % (41)	100 % (78)

Psykiatri og somatik svar fra "Andet, skriv hvad:"

Jeg synes generelt, at vi skal arbejde meget mere med forebyggelse. Der burde forskes noget mere omkring kosten, detox eksempelvis.

Det er en forudsætning, for at ovenstående kan gennemføres, at der er tilbud efter udskrivning. Det er en stor mangel stadigvæk.

Hvis tilbud skal gives i sygehusregi, bør der ansættes personale til opgaven.

Bilagstabel 39**Svar****Psykiatri
(antal)****Somatik
(antal)****Har du brug for kompetenceudvikling i forhold til at foretage screening af patienternes risikofaktorer?**

Positivt svar	21 % (4)	43 % (10)
Negativt svar	79 % (15)	57 % (13)
I alt	100 % (19)	100 % (23)

Bilagstabel 40	Svar psykiatri
-----------------------	-----------------------

Hvilken kompetenceudvikling har du brug for i forhold til at foretage screening?

At få mulighed og tid til at sætte mig grundigt ind i KRAM-faktorerne og videre indsats/muligheder i hjemmekommunen for patienten.

Evt. kost.

Synes det falder udenfor mit fagområde.

Synes opgaven bør ligge et andet sted.

Bilagstabel 41	Svar somatik
-----------------------	---------------------

Hvilken kompetenceudvikling har du brug for i forhold til at foretage screening?

Brug for viden om hvilke tilbud, der er og hvornår man præcist tilbyder dem.

Det er lidt svært at tilbyde samtaler, når man ikke er diætist, rygestopinstruktør osv. Men vi må henvise til de andre instanser.

Er uenig i, at socialrådgivere skal ind på dette område - helt ude af sammenhæng.

Et indblik i hvilke forebyggelsesudvalg der er.

Hvordan forebyggelsessamtalerne foregår.

Ingen særlig.

Jeg er godt rustet, men lidt mere omkring motion.

Mere information/viden omkring muligheder for forebyggelsesinterventioner.

Mere viden om motion, motionsformer osv.

Mere viden om muligheder.

Motiverende samtaler, rygestoprådgivning, vægttabsrådgivning.

Undervisning i de berørte områder - kost, rygning, motion og alkohol; plus hvilke tilbud, der findes ved ønske om ændring af livsstil.

Viden om hvilke tilbud der er. Nu har det været op til den enkelte, hvad der er tilbudt ud fra ens individuelle viden.

Bilagstabel 42	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)

Har du brug for kompetenceudvikling i forhold til at foretage forebyggelsessamtaler?		
Positivt svar	35 % (7)	57 % (13)
Negativt svar	65 % (13)	43 % (10)
I alt	100 % (20)	100 % (23)

Hvilken kompetenceudvikling har du brug for i forhold til at foretage forebyggelsessamtaler?

At få mulighed og tid til at sætte mig grundigt ind i KRAM-faktorerne og videre indsats/muligheder i hjemmekommunen for patienten.

At få styr på de forskellige elementer i en forebyggende samtale.

Bare generelt.

Der bør være uddannet personale, vi kan henvise til.

Har ikke overblik over, hvad en sådan samtale indebærer.

Jeg synes ikke, vi som sygeplejersker skal lave samtalerne, men derimod fx en diætist, rygestopinstruktør mv. Men hvis vi skal, så skal vi uddannes til det!

Kursus.

Patienten er i terapeutisk samtaleforløb, hvor også livsstil indgår, hvis de tager det op som et problem.

Rygestopkursus.

Hvilken kompetenceudvikling har du brug for i forhold til at foretage forebyggelsessamtaler?

Undervisning i kommunikation relateret til samtaler.

Hvad den skal indeholde.

Hvem gør og hvordan.

Hvem kan hjælpe med diverse samtaler uden for afdelingen? Hvor kan man henvende sig ved udskrivning?

Hvordan fører man forebyggelsessamtaler?

Jeg synes ikke, at det kan være en sygeplejerskes opgave at lave samtaler om kost, rygestop, motion mv. Det må være en diætists opgave osv. Sygeplejersker har rigeligt at se til i forvejen.

Mere information/viden omkring muligheder for forebyggelsesinterventioner.

Mere viden om hjemlige muligheder.

Mere viden om, hvilke muligheder patienten har.

Større viden om diverse tilbud. Nem adgang til oplysninger om tilbud.

Viden om hvilke tilbud der er. Nu har det været op til den enkelte, hvad der er tilbudt ud fra ens individuelle viden.

Viden herom samt om aktuelle tilbud til patienten.

Bilagstabel 45	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Har du brug for kompetenceudvikling i forhold til at foretage forebyggelsesinterventioner?		
Positivt svar	31 % (5)	63 % (12)
Negativt svar	69 % (11)	37 % (7)
I alt	100 % (16)	100 % (19)

Bilagstabel 46	Svar psykiatri	
	Hvilken kompetenceudvikling har du brug for i forhold til at foretage forebyggelsesinterventioner?	
Alt efter hvilke tiltag, der påtænkes.		
Er det min opgave overhovedet? Forebyggelse bør ligge i kommunalt regi.		
Jeg mener ikke, at vores afsnit har mulighed for at foretage interventioner, da midler, tid og andre tiltag må prioriteres højere.		
Kender nogle interventioner/kan anvende disse, men er det nok?		
Kursus.		
Patienten bruger i forvejen kommunens tilbud om rygeafvænning, motion osv.		
Rygestopkursus.		
Synes ikke, det bør være min opgave.		

Bilagstabel 47	Svar somatik	
	Hvilken kompetenceudvikling har du brug for i forhold til at foretage forebyggelsesinterventioner?	
Har været på rygestopinstruktør kursus plus diverse madlavningskurser.		
Hvordan holder man forebyggelsesinterventioner?		
Initiativerne skal stadig komme fra andre end sygeplejerskerne. Vi kan følge op på planer som fx diætisten har lavet, men det er ikke os, som skal starte noget, synes jeg.		
Jeg ved ikke hvilke forebyggelsesinterventioner, der findes, så det ville være aktuelt med dette samt, hvordan de udføres mest hensigtsmæssigt.		
Mere information/viden omkring muligheder for forebyggelsesinterventioner.		
Noget mere kursus i motiverende samtale eller coaching. Forskellige samtaleformer til at motivere patienten til ændring af livsstil.		
Vil generelt gerne have mere information omkring rygestop.		
Viden om forebyggelsesinterventioner uden for sygehuset.		

Bilagstabel 48	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Har samarbejdet med den/de sekretær(er), der indtaster screeningsskemaerne fungeret tilfredsstillende?		
Positivt svar	96 % (22)	86 % (12)
Negativt svar	4 % (1)	14 % (2)
I alt	100 % (23)	100 % (14)

Bilagstabel 49	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Har den registreringsansvarlige overlæge bakket op om det, at I skal foretagescreening?		
Positivt svar	73 % (16)	64 % (7)
Negativt svar	27 % (6)	36 % (4)
I alt	100 % (22)	100 % (11)

Bilagstabel 50	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Har din nærmeste ledelse bakket aktivt op omkring det, at I skal foretage screening?		
Positivt svar	96 % (22)	100 % (22)
Negativt svar	4 % (1)	0 % (0)
I alt	100 %	100 % (22)

Bilagstabel 51	Svar psykiatri
----------------	----------------

Hvis screening skulle udbredes til andre afdelinger, hvad er så dine bedste råd til, hvordan det skulle gribes an?

At man finder et godt system for, hvordan det udføres så intet overses.

At screening foretages længere inde i forløbet, patienten vil have mere overskud.

Det sker alt for tidligt under indlæggelse. Der skal følges op på interventioner.

Det skulle eksempelvis være op til "behandleren", hvornår det bedste tidspunkt for screeningen skulle være.

Gøre det systematisk, men senere i indlæggelsesforløbet.

Introduktion til personalet, der skal screene om formål og om, hvad der kan blive aktuelt at følge op med (samtaler, interventioner). Lad det ikke stoppe ved screening.

Jeg er i tvivl om det overhovedet skal foregå på vores afsnit.

Jeg synes ikke, normalvægtige, der måler for meget om livet skal have en fedmediagnose, og heller ikke at overvægtige,

der har tabt 2 kg skal diagnosticeres undervægtige.

Send personale med til at udføre opgaven.

Senere i indlæggelsesforløbet.

Sundhedsfaglig kontaktperson står for tilbudet.

Bilagstabel 52

Svar somatik

Hvis screeningen skulle udbredes til andre afdelinger, hvad er så dine bedste råd til, hvordan det skulle gribes an?

Bare start op, prøv det af, vær ikke bange.

Burde foregå ved indlæggessamtalen ved lægen.

Der skal være mere tid til forebyggelsessamtaler.

Der skal være tid til samtale med patienten. Det er svært at få tid til en forebyggelsessamtale som sen vagt.

Det er fint at screene, men det er bare endnu en opgave til sygeplejersker, der i forvejen har travlt. Derfor skal det gøres så simpelt/nemt som muligt! Der kommer ikke flere hænder.

Foretages ved indlæggelsessamtalen. Bedre undervisning i hvordan den udføres og formål. Evt. tilbud kommunalt - hvor kan patienten henvende sig?

God information til personalet forinden.

God introduktion til skemaet og formål samt hvad/hvilke forebyggende tiltag, der findes.

Overvej nøje, hvilken patientgruppe, der skal screenes. Akut indlagte har næppe fokus på livsstil, men nok mere sygdom.

Lad være med at være bekymret for, om man kan. Spring ud i det og supplér med viden, som man fornemmer, der mangler.

Motivere personalet til at tale om livsstil - introducere skemaet. Tage en længere snak om, hvilke barrierer, der er i personalegruppen mod at skulle screene.

Skal gøres som en del af proceduren i at modtage patienten.

Vi har valgt, at vi som sygeplejersker selv sidder med patienten og screener. Det fungerer godt.

Bilagstabel 53

	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Er du siden du sidst udfyldte spørgeskema vedr. screening, blevet bedre til at spørge patienterne til deres livsstil?		
Ja	44 % (4)	70 % (7)
Nej	56 % (5)	30 % (3)
I alt	100 % (9)	100 % (10)

Bilagstabel 54	Svar	
	Andel	Antal

Hvad har du gjort for at blive bedre?

Arbejdet med at screene patienter i praksis	70 %	14
Fået information ved personalemøde	25 %	5
Modtaget undervisning	0 %	0
Andet, skriv hvad:	5 %	1
I alt	100 %	20

Psykiatri og somatik svar fra "Andet, skriv hvad:"

Talt med kollegaer, hvordan de griber samtalen an.

Bilagstabel 55		
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)

Har din holdning til screeningen for livsstilsrelaterede risikofaktorer ændret sig i løbet af projektperioden?

Ja	9 % (1)	11 % (1)
Nej	91 % (10)	89 % (8)
I alt	100 % (11)	100 % (9)

Hvordan har din holdning ændret sig, og hvad gjorde at din holdning ændrede sig?

Det er let at komme ind på livsstilsfaktorer, når nu vi "skal" spørge. Oplever, at patienterne er positive.

Ikke alle patienter findes relevante som screenings "udsatte". Der er ingen opfølgning. Fokus fjernes fra psykiatrisk sygepleje og psykiatriske interventioner.

Jeg har altid syntes, det var og er vigtigt for alle mennesker med en sund livsstil uden rygning, for meget alkohol og sund mad samt bevægelser, og specielt ift. medicinerede patienter.

Jeg overvejer rygestop og vil motionere mere.

Livsstilsfaktorer vil altid blive taget med, når det er relevant og på passende tidspunkt i terapien/samtaleforløbet.

Min holdning er stort set uændret. Jeg synes stadig, vores patientgruppe er dårlig at screene som tidligere skrevet.

Svarfordeling for sekretærer, der indtaster skemaer

Grundet de ganske få svar på undersøgelsen er svarfordelingen for sekretærene vist samlet for psykiatri og somatik således, at besvarelsens anonymitet sikres bedst muligt.

Bilagstabel 57	Afdeling	
	Andel	Antal
Afdeling		
Medicinsk-sengeafdeling	47 %	8
Kirurgisk amb.	18 %	3
Psykiatrisk sengeafsnit	12 %	2
Distriktpspsykiatrien	24 %	4
I alt	101 %	17

Bilagstabel 58	Anciennitet	
	Andel	Antal
Anciennitet		
Op til 5 år	71 %	12
6 - 10 år	18 %	3
Over 10 år	12 %	2
I alt	101 %	17

Bilagstabel 59	Spørgerunde hvor skema er udfyldt	
	Andel	Antal
Spørgerunde hvor skema er udfyldt		
Før implementering af screening	53 %	9
Efter implementering af screening	41 %	7
I alt	100 %	17

Bilagstabel 60	Svar	
	Andel	Antal
Er screeningskemaerne udfyldt korrekt, så du kan indtaste skemaerne?		
Positivt svar	65 %	11
Negativt svar	35 %	6
I alt	100 %	17

Bilagstabel 61	Svar	
	Andel	Antal
Hvor lang tid tager det i gennemsnit at indtaste skemaerne?		
1-2 minutter	76 %	13
4-5 minutter	24 %	4
I alt	100 %	17

Bilagstabel 62	Svar	
	Andel	Antal
Hvor mange uger med indtastning tog det, før du nåede op på dit nuværende niveau med hensyn til tidsforbrug på indtastningen?		
0 uger	33 %	2
1 uge	50 %	3
3 uger	17 %	1
I alt	100 %	6

Bilagstabel 63	Svar	
	Andel	Antal
Har du fået tilstrækkelig vejledning i, hvordan screeningskemaerne skal tages ind?		
Positivt svar	94 %	15
Negativt svar	6 %	1
I alt	100 %	16

Bilagstabel 64	Svar	
----------------	------	--

Har du nogle kommentarer til den vejledning, du har fået i at indtaste screeningskemaer?

Det var ikke nødvendigt med vejledning. En simpel registreringsopgave.

Har manglet lidt uddybelse omkring kodning af ex. forebyggelsessamtale, hvornår dette skulle ske osv.

Ingen vejledning nødvendig.

Jeg ville gerne have set forskellige registreringseksempler inden produktstart. Jeg har haft mulighed for at spørge vore registreringsansvarlige sekr. ved behov.

Registreringen af koderne er ikke noget problem. Har endnu ikke skullet registrere forebyggelsessamtaler eller interventioner, men der skal jeg muligvis guides 1. gang.

Kan ikke huske at have modtaget speciel vejledning, men har noget på skrift – nej.

Nej.

Bilagstabel 65	Svar	
	Andel	Antal
Er du siden du sidst udfyldte spørgeskema vedrørende screening blevet bedre til at indtaste screeningskemaerne?		
Positivt svar	50 %	2
Negativt svar	50 %	2
I alt	100 %	4

Bilagstabel 66	Svar	
	Andel	Antal
Har du brug for kompetenceudvikling i forhold til at foretage indtastning af screeningskemaer?		
Positivt svar	0 %	0
Negativt svar	100 %	15
I alt	100 %	15

Bilagstabel 67	Svar	
	Andel	Antal
Har samarbejdet med det personale, der har udfyldt screeningskemaerne fungeret tilfredsstillende?		
Positivt svar	87 %	13
Negativt svar	13 %	2
I alt	100 %	15

Synes du, at der er noget, der kan forbedres i forhold til indtastningen af screeningskemaerne?

Da jeg kan høre at flere af personalet synes, man skal være meget OBS på spørgsmålene (ex at det er fysiske aktiv mindre end en halv time) kan jeg tænke, om svarene er korrekte, og da jeg som regel aldrig ser pt. kan jeg ikke vurdere det.

Ikke ift. selve indtastningen -men det er lidt irriterende, at det skal tages ind som B-diagnose, da man kan have et skema til at ligge længe indtil der er sat A-diagnose på.

Nej, ikke på nuværende tidspunkt, idet jeg kun har indtastet diagnoser samt skrevet i programmet, at det er gjort.

Nej.

Har du yderligere kommentarer til indtastning af screeningskemaerne?

Det er en ekstra opgave oven i en i forvejen travl arbejdsdag. Der må meget gerne følge sekretærtimer med.

Kan først indtastes ved epikriseskrivning/færdigregistrering, når A-diagnosen er påført. Må således afvente fra dag 1, hvor patient er blevet screenet og til patient færdigregistreres.

Nej

Tidsforbrug på indtastninger er meget forskelligt og meget afhængigt af, hvor meget der er udfyldt og skal indtastes.

Svarfordeling for afsnits-/afdelingsledelser

Bilagstabel 70	Afdeling	
	Andel	Antal
Afdeling		
Medicinsk-sengeafdeling	32 %	6
Kirurgisk amb.	47 %	9
Psykiatrisk sengeafsnit	5 %	1
Distriktpsikiatrien	16 %	3
I alt	100 %	19

Bilagstabel 71		
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Anciennitet		
Op til 5 år	0 % (0)	43 % (6)
6 - 10 år	25 % (1)	21 % (3)
Over 10 år	75 % (3)	36 % (5)
I alt	100 % (4)	100 % (14)

Bilagstabel 72		
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Spørgerunde hvor skema er udfyldt		
Før implementering af screening	33 % (1)	36 % (6)
Efter implementering af screening	67 % (2)	64 % (9)
I alt	100 % (3)	100 % (15)

Bilagstabel 73	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Synes du, at det er relevant at spørge patienterne om deres livsstil?		
Positivt svar	100 % (4)	93 % (13)
Negativt svar	0 % (0)	7 % (1)
I alt	100 % (4)	100 % (14)

Bilagstabel 74		
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Kræver det særlig ledelsesmæssig indsats at få screeningen til at fungere?		
Positivt svar	100 % (3)	85 % (11)
Negativt svar	0 % (0)	15 % (2)
I alt	100 % (3)	100 % (13)

Bilagstabel 75		Svar psykiatri
Hvilken ledelsesmæssig indsats kræver det at få screeningen til at fungere?		
Deltagelse i flere møder for at forberede pilotprojekt. Informere om og motivere personalet.		
Stort forarbejde forud for implementering, så personalet husker at få det gjort.		

Bilagstabel 76		Svar somatik
Hvilken ledelsesmæssig indsats kræver det at få screeningen til at fungere?		
At man introducerer det og er opmærksom på at tage diskussionen om de barrierer og tabuer, der kan være ved at tage livsstil op.		
At motivere personalet til at holde fast i screeningen og sørge for kompetenceudvikling i forhold til opgaven.		
Beskrive arbejdsgang, skaffe ressourcer.		
Engagement, vedholdenhed, konkret opmærksomhed.		
Implementering er en svær ting.		
Ledelsen skal gå foran, være tovholder.		
Man har hånd i hanke med alt det skriftlige (?). Men (?),..., når der bliver spurgt.		
Motivere medarbejderne og organisere screeningen, fx. diskutere at screeningerne foretages af lægen samt sygeplejersker, ikke psykologen og socialrådgivere. At screeningen foretages på det, for patienten, relevante tidspunkt.		
Organisation og arbejdsplanlægning.		
Opbakning, opfølgning, koordinering, finjustering, information - igen og igen.		
Motivere personalet, det er ikke en opgave som endnu er naturlig i afdelingen.		

Bilagstabel 77**Svar psykiatri**

Hvad er din holdning til at foretage screening, gennemføre forebyggelsessamtaler og forebyggelsesinterventioner?

Det kan medføre uhensigtsmæssige fortalelser, således at fokus fjernes fra patientens aktuelle psykiske behandlingsbehov.

Faste screeningsprocedurer er uhensigtsmæssige.

Tiltaget er vigtigt i sig selv, men er et ud af utallige andre indsatsområder (DDKM) m.m. Vi får svært ved at gå grundigt til værks.

Jeg synes ikke, vi skal screene så tidligt i forløbet, hvor patienten er langt mere optaget af at få hjælp til deres psykiske lidelse.

Bilagstabel 78**Svar somatik**

Hvad er din holdning til at foretage screening, gennemføre forebyggelsessamtaler og forebyggelsesinterventioner?

Afhænger fuldstændig af patienten og henvendelsesårsag.

Burde gøres i primærsektor.

En god idé, og det sætter fokus.

I mange tilfælde irrelevant. Ellers god idé, men egen læge burde have opgaven.

Jeg synes, det er vigtigt.

Jeg synes, man bør gøre det, og mener det kan hjælpe nogle patienter videre mod en sundere livsstil.

Logisk, økonomisk relevant, pålægger patienterne medansvar.

Mange standard ting, der fylder meget. Mennesker er ikke standard.

Meget relevant.

Mener at egen læge skal dette, ser mange flere patienter.

Ofte irrelevant på krævende patienter. Foreslår egen læge involveret i højere grad.

Positiv

Ok at gøre det, men om det er i hospitalsregi, er jeg ikke sikker på. Egen læge kunne være lige så godt.

Bilagstabel 79	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Oplever du, at screeningen skaber større opmærksomhed på forebyggelse som led i behandlingsindsatsen?		
Positivt svar	33 % (1)	71 % (10)
Negativt svar	67 % (2)	29 % (4)
I alt	100 % (3)	100 % (14)

Bilagstabel 80	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Bevirker screeningen, at der er øget efterspørgsel efter forebyggelsessamtaler og forebyggelsesinterventioner fra personalets side?		
Positivt svar	0 % (0)	44 % (4)
Negativt svar	100 % (2)	56 % (5)
I alt	100 % (2)	100 % (9)

Bilagstabel 81	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Oplever du, at screeningen skaber større opmærksomhed på forebyggelse blandt patienterne?		
Positivt svar	33 % (1)	20 % (2)
Negativt svar	67 % (2)	80 % (8)
I alt	100 % (3)	100 % (10)

Bilagstabel 82	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Bevirker screeningen, at der er øget efterspørgsel efter forebyggelsessamtaler og forebyggelsesinterventioner fra patienternes side?		
Positivt svar	100 % (1)	67 % (4)
Negativt svar	0 % (0)	33 % (2)
I alt	100 % (1)	100 % (6)

Bilagstabel 83	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Har personalet brug for kompetenceudvikling i forhold til at foretage screening af patienternes risikofaktorer?		
Positivt svar	0 % (0)	53 % (8)
Negativt svar	100 % (4)	47 % (7)
I alt	100 % (4)	100 % (15)

Bilagstabel 84	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Har personalet brug for kompetenceudvikling i forhold til at foretage forebyggelsessamtaler?		
Positivt svar	50 % (2)	80 % (12)
Negativt svar	50 % (2)	20 % (3)
I alt	100 % (4)	100 % (15)

Bilagstabel 85	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Har personalet brug for kompetenceudvikling i forhold til at foretage forebyggelsesinterventioner?		
Positivt svar	50 % (2)	71 % (10)
Negativt svar	50 % (2)	29 % (4)
I alt	100 % (4)	100 % (14)

Bilagstabel 86	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Har din nærmeste ledelse bakket aktivt op om screeningen?		
Positivt svar	25 % (1)	55 % (6)
Negativt svar	75 % (3)	45 % (5)
I alt	100 % (4)	100 % (11)

Bilagstabel 87**Svar psykiatri**

Hvordan oplever du, at projektet omkring screening af patienter spiller sammen med andre tiltag f.eks. Den Danske Kvalitetsmodel og sundhedsaftalerne med kommunerne?

Der er god opmærksomhed.

Som ekstra formålsløse kontrolforanstaltninger.

Spiller udmærket. Dog er der ikke tilført ekstra ressourcer til den større byrde af opgaver!

Bilagstabel 88**Svar somatik**

Hvordan oplever du, at projektet omkring screening af patienter spiller sammen med andre tiltag f.eks. Den Danske Kvalitetsmodel og sundhedsaftalerne med kommunerne?

Bange for, at det patienterne kommer for, kommer i anden række.

Det (?) er når vi skal (?).

Det er ok. Måske skal definitioner på forebyggelsessamtaler og interventioner afstemmes.

Det spiller fint sammen.

Ok. Opgaverne dog voldsomme samlet, uoverkommeligt.

Ingen relation.

Fint, men alt for mange skemaer m.m. Standard!

Fint samspil.

Det spiller ok sammen.

Mange forskellige oplysninger, der skal indberettes her og der.

Jeg synes, det er dumt, at definitionen af forebyggelsessamtale og forebyggelsesintervention ikke er den samme i de to modeller.

Bilagstabel 89	Svar psykiatri
-----------------------	-----------------------

Hvis screeningen skulle udbredes til andre afdelinger, hvad er så dine bedste råd til, hvordan det skulle gribes an?

Det bør i så tilfælde integreres i den danske kvalitetsmodel.

Overvej, hvordan man vil anvende resultaterne, det er en ekstra opgaver, hvorfor ressourcerne skal være flere. Screening bør ske senere i forløbet.

Relevant at starte med at screene patienten i antipsykobehandling med psykosedoser, da det er i overensstemmelse med sundhedsstyrelsens vejledning om brug af antipsykotika.

Bilagstabel 90	Svar somatik
-----------------------	---------------------

Hvis screeningen skulle udbredes til andre afdelinger, hvad er så dine bedste råd til, hvordan det skulle gribes an?

Afsætte ressourcer.

Der er for mange tiltag i gang generelt. EDB baseret tjeklister ville være godt, altså alt samlet i et.

Det er en "skal" opgave.

Det skal gøres simpelt uden for mange registreringer og arbejdsgange. Det skal have et formål.

Få det lagt ind i planlægning. Finde ud af, hvilke barrierer der måtte være i forhold til at tale om livsstil.

Få talt om hvilke barrierer, der er ift. screening. Kompetenceudvikling.

Inden for psykiatrien skal screeningen foretages på et tidspunkt, hvor patienten har det bedre psykisk og har overskud. Ikke 7 dage efter indlæggelse eller efter to ambulante kontakter.

Information.

Ledelsen skal være positiv. Information til personalet, som skal screene. Let adgang til information, hvis der er tvivl. Opbakning til det udførende personale. Ledelsen højt engagement.

Motivation og en tovholder på ledelsesniveau.

Vi screenede i forvejen, så det kan ikke besvares.

Bilagstabel 91		
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)

Har din holdning til screeningen for livsstilsrelaterede risikofaktorer ændret sig i løbet af projektperioden?

Ja	0 % (0)	29 % (2)
Nej	100 % (2)	71 % (5)
I alt	100 % (2)	100 % (7)

Hvordan har din holdning ændret sig, og hvad gjorde at din holdning ændrede sig?

Jeg har nok oplevet, at patienterne tager det positivt. Blevet mere opmærksom på BMI 25-30, før var det BMI>30.

Screeningen har været noget, der skulle "overstås" for mange personaler, fordi den ligger på det forkerte tidspunkt og forstyrrer relationen til patienten. Diagnoseerne er ofte givet på et alt for løst grundlag. Det er lægearbejde at stille diagnoseerne.

Svarfordeling for patientundersøgelsen

Bilagstabel 93					
		Psykiatri (antal)		Somatik (antal)	
		Mand	Kvinde	Mand	Kvinde
Køn					
Køn		42 % (44)	58 % (61)	16 % (27)	84 % (146)

Bilagstabel 94			
		Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Aldersfordeling			
Under 30 år		24 % (24)	39 % (66)
30- 39 år		17 % (17)	36 % (62)
40 - 49 år		20 % (20)	7 % (12)
50 - 59 år		24 % (24)	2 % (4)
60 år eller ældre		16 % (16)	16 % (27)
I alt		100 % (101)	100 % (171)

Bilagstabel 95			
		Andel	Antal
Patientsvar fordelt på afdeling			
Medicinsk-sengeafdeling		17 %	48
Kirurgisk amb.		45 %	126
Psykiatrisk sengeafsnit		20 %	57
Distriktpsychiatrien		17 %	48
I alt		99 %	279

Bilagstabel 96		
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Måned hvor skemaet er udfyldt		
Januar	0 % (0)	1 % (1)
Februar	42 % (41)	14 % (23)
Marts	26 % (25)	25 % (42)
April	11 % (11)	18 % (30)
Maj	7 % (7)	24 % (39)
Juni	6 % (6)	15 % (25)
Juli	8 % (8)	3 % (5)
I alt	100 % (98)	100 % (165)

Bilagstabel 97		
	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Har du tidligere tænkt over din livsstils betydning for dit helbred?		
Positivt svar	48 % (48)	45 % (75)
Negativt svar	52 % (52)	55 % (92)
I alt	100 % (100)	100 % (167)

Bilagstabel 98		
	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Synes du, at det er relevant, at psykiatrien/somatikken spørger patienter om deres livsstil (motion, vægt, rygning og alkohol) som led i kontakten til psykiatrien/somatikken?		
Positivt svar	46 % (47)	42 % (72)
Negativt svar	54 % (55)	58 % (99)
I alt	100 % (102)	100 % (171)

Bilagstabel 99	Svar psykiatri (antal)		Svar somatik (antal)	
	Negativt svar	Positivt svar	Negativt svar	Positivt svar
Spurgt om dine motionsvaner?	49 % (50)	51 % (52)	45 % (77)	55 % (96)
Spurgt om din vægt og højde?	51 % (52)	49 % (50)	43 % (75)	57 % (98)
Målt om taljen?	48 % (48)	52 % (52)	46 % (79)	54 % (91)
Spurgt om dine rygevaner?	51 % (52)	49 % (49)	42 % (73)	58 % (100)
Spurgt om dine alkoholvaner?	46 % (47)	54 % (55)	41 % (71)	59 % (102)

Bilagstabel 100	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Synes du, at du blev spurgt om din livsstil på en god måde?		
Positivt svar	39 % (38)	39 % (67)
Negativt svar	61 % (60)	61 % (103)
I alt	100 % (98)	100 % (170)

Bilagstabel 101	Svar psykiatri
Har du yderligere kommentarer til det at blive spurgt til din livsstil?	
At personalet bliver mere informeret om, hvorfor dette er relevant, for at kunne give denne viden til klienter.	
En obligatorisk gennemgang af ens livsstil (især kost og alkohol) ved fx ny medicinering, indlæggelse eller anden behandling, kunne måske forebygge senere helbredsproblemer.	
Fair nok, da medicinen kan medvirke til vægtstigning.	
Ja, jeg synes bestemt ikke, det er noget at gå op i, det er ikke slankekursusophold, man skal passe på. Jeg synes ikke, man skal gå op i, hvad patienter vejer. Det kan vendes til noget negativt.	
Kunne godt spørge mere præcist til fx antal cigaretter og drikkemønster (fordeling af alkohol over en uge).	
Livsstilsvaner er vigtige at tænke på, da gode livsstilsvaner gør, at man får det bedre psykisk som fysisk.	
Man bliver i forvejen stillet de spørgsmål i forbindelse med indlæggelsessamtalen.	
Synes, det er svært nok at holde styr på sygdommen i sig selv, orker ikke alle de emner.	
Så er det jo bare at gå i gang.	

Bilagstabel 102	Svar somatik
------------------------	---------------------

Har du yderligere kommentarer til det at blive spurgt til din livsstil?

At der er et mål -en mening med de div. kram-faktorer ift. pt's situation/sygdom skal fremgå og være fokus frem for selve fokusområde.

Blev udspurgt af en meget venlig og tillidsskabende ung sygeplejerske på afdelingen.

Det er okay at spørge om livsstil, men tag og glem moralprædikerne. Folk ved, hvad der er rigtigt og forkert.

Det er yderst fornuftigt at påminde/oplyse, da livsstil er en yderst vigtig og elementær beslutning og/eller grundlag for mange handlinger og beslutninger her i livet

Det ville være bedre at blive spurgt ind mere "flydende". Altså, hvor spørgsmålene ikke bliver læst præcist op, så ordene "patienten" fx. ikke blev læst op, men i stedet, "er du..

I den forbindelse jeg var på sygehuset, var spørgsmålene meget relevante.

Ja, det ville jo være bedst, hvis dem med fx stor overvægt så ville blive tilbudt hjælp til væggtab

Jeg synes, det er helt i orden.

Livsstil er begrundelsen for mange sygdomme/lidelser. Derfor er det naturligt, at man i sundhedsvæsenet stiller spørgsmål om dette!

Synes, det er vigtigt, at alle får den rigtige kost og ernæring, når man er indlagt, da det er en stor del af at blive helt rask igen.

Bilagstabel 103	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Synes du, at du har behov for at ændre en eller flere af dine livsstilsvaner?		
Ja	75 % (68)	57 % (95)
Nej	25 % (23)	43 % (71)
I alt	100 % (91)	100 % (166)

Bilagstabel 104	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Mener du, at psykiatrien/sygehuset kan motivere/hjælpe dig til at ændre livsstil?		
Ja	77 % (54)	59 % (60)
Nej	23 % (16)	41 % (42)
I alt	100 % (70)	100 % (102)

Bilagstabel 105	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)

Hvordan kan psykiatrien/sygehuset motivere/hjælpe dig til at ændre livsstil?

(Svarpersonen havde mulighed for at sætte flere krydser)

Ved at holde en eller flere forebyggelsessamtaler med mig	20 % (33)	15 % (32)
Ved at hjælpe mig med at sætte mål for livsstilsændringerne	21 % (36)	25 % (52)
Ved at inddrage mine pårørende	5 % (9)	7 % (15)
Ved at informere min læge	10 % (17)	8 % (17)
Ved at oplyse mig om/ henvise mig til forebyggelsestilbud	23 % (38)	24 % (50)
Ved at kontrollere, at der er fremgang	16 % (27)	19 % (40)
Andet, skriv hvad:	5 % (8)	3 % (6)
I alt	100 % (168)	100 % (212)

Svarene fra psykiatri: "Andet, skriv hvad:"

Det motiverer de til her i afdelingen.

Jeg kan selv klare det.

Jeg klarer det vist fint selv.

Mener ikke, jeg skal ændre noget. Har normalvægt, minus rygning, minus alkohol, daglig motion.

Motivere til forandring.

Sæt mig på kostplan efter eget ønske.

Ved at bruge noget af det, der bliver foreslået.

Ved at rådgive og hjælpe i praktiske situationer og give feedback.

Svarene fra somatik: "Andet, skriv hvad"

Bare det man får at vide, man skal.

Jeg synes hele personalet er meget oplysende.

Give information til bedst mulig løsning.

Jeg mener, jeg selv kan.

Oplysninger om sundhed.

Min livsstil er fin.

Bilagstabel 106**Svar psykiatri**

Har du yderligere kommentarer til, hvad psykiatrien kan gøre for at motivere/hjælpe dig til at ændre livsstil?

Anskaf nogle aktiviteter! Her er intet at lave, og det er bare ikke godt nok, når man vender rastløst rundt.

At få et bedre liv.

De skal have en gulerod.

Det ville være meget rart, hvis der blev holdt flere aktiviteter for at supplere, i stedet for PN.

Hjælpe med at komme på plejehjem.

I hjælper alt hvad I kan.

Kursus i sund madlavning.

Måske henvisning til en "livsstils-konsulent", hvor man i fællesskab kan skemalægge, hvordan sundhedssituationen ser ud. Derefter vejledning til de ændringer i livsstil, man er motiveret for.

Skulle være ved at informere om bivirkningerne ved opstarten af den medicinske behandling, frem for først nu.

Ændre produkterne, som bliver brugt i madlavning til det bedste. Blandt andet fuldkornsprodukter frem for almindelige.

Bilagstabel 107**Svar somatik**

Har du yderligere kommentarer til, hvad somatikken kan gøre for at motivere/hjælpe dig til at ændre livsstil?

Aldrig fordømme, altid være anerkendende, men vise hen mod alternativer.

Evt. give nogle sunde opskrifter.

Henvise til diætister.

Jeg lever sundt og har derfor ikke behov for at ændre min livsstil.

Jeg manglede bestemt ikke motivation (er stadig motiveret), men jeg mangler oplysninger om/hjælp til, hvad der er sundt at spise.

Jeg synes, det er godt, hvis man kan få folk i gang med at ændre de ting, som ikke er godt for ens livsstil/helbred

Tilskud til motionsformer ved særlige behov eller begrænsninger.

Respektere mig som person og forsøge at se tingene fra mit perspektiv.

Sygehuset bør følge op på ændring i livsstil.

Måske indkalde til et "5 års" eftersyn.

Bilagstabel 108	Svar	
	Psykiatri (antal)	Somatik (antal)
Har det, at du er blevet spurgt til dine livsstilsvaner styrket din motivation til at ændre en eller flere af dine livsstilsvaner?		
Positivt svar	64 % (50)	55 % (60)
Negativt svar	36 % (28)	45 % (49)
I alt	100 % (78)	100 % (109)

Hvad har du brug for at komme i gang med at ændre nogle af dine livsstilsvaner?

At der er flere motionsredskaber i forbindelse med en indlæggelse, evt. et motionsrum.

At få et arbejde og få en hverdag til at fungere.

At jeg får det bedre med mig selv.

At lade være med at spise så meget, da pillerne gør, at man kan spise hele tiden.

At selv komme i gang.

At ændre kontroller, at det bliver overholdt.

Bland jer udenom.

En at gå ture med.

Er blevet motiveret til mere motion, bl.a. ved at starte til morgengymnastik oppe på afdelingen.

Fælles idrætsaktiviteter.

Ikke motiveret i øjeblikket.

Ingenting, klarer det selv og har en god familie.

Ja, flere gåture og motion.

Ja, på kostområdet skal der ske noget. Har brug for motivationsfaktorer.

Jeg er i gang.

Jeg har ændret min livsstil.

Kan ikke lige overskue det lige nu.

Kostændring kombineret med fysisk genoptræning.

Kunne være godt med et rygestopkursus. Vedrørende motion kunne det være en fordel med en personlig træner. Kunne også være godt med en diætist til kostvejledning.

Laver ryg- og benøvelser.

Mere indsigt.

Mere motion.

Motivation og indblik i eventuelle tilbud.

Motivation, motivation og motivation. Støtte og opbakning.

Motivation/støtte.

Noget mere opbakning.

Nogle fysiske aktiviteter samt få det bedre med sig selv og finde ud af, hvorfor jeg er som jeg er.

Når jeg kommer hjem, kan jeg styre kosten, her bliver jeg fristet af tag selv bord.

Opfordring, opmuntring.

Prøver at tabe sig.

Rygestopkurser, evt. mobilisere din krop, kostændring.

Rygestopkursus eller medicin mod rygning.

Rygestopkursus, kostekspert.

Samtaler, støtte. Erstatning for bl.a. cigaretter.

Styrke, bedre psyke (stoppe med at ryge).

Støtte (af familien).

Ønsker ikke at ændre.

Bilagstabel 110

Svar somatik

Hvad har du brug for at komme i gang med at ændre nogle af dine livsstilsvaner?

At blive holdt op på, at det man gør i forhold til at ændre sine livsstilsvaner er godt osv.

At få et mål, som jeg kan se et formål med.

At man er flere om det.

Bare lidt viljestyrke og godt vejr, så man kan løbe igen.

Dyrke mere motion.

Dyrker motion, men synes jeg bør gøre noget mere. Dette mest set som viden om effekten heraf, da jeg er normalvægtig og ellers ved godt helbred.

En rygrad:)

Er godt i gang med at tabe mig, og synes det blev taget godt imod.

Et skub.

Forståelse og ros, når man gør det godt.

Gode idéer til livsstilsændringer.

Godt spørgsmål - men måske var det et "wake-up call", at der blev snakket om det.

Hjælp af fys til at bygge muskelmassen op igen.

Hjælp, motivation og held.

Information.

Informationer, inspiration, viden.

Ja, jeg skal motionere mere!

Ja, rygning.

Jeg skal have mere motion, så det er bare med at komme i gang. Har cykel, motionsstep osv., så der er vist ingen undskyldning.

Jeg skal tage lidt på i vægten.

Jeg var motiveret i forvejen, men slankekurse virkede ikke (pga. PCO, som jeg ikke vidste noget om). Så jeg skulle bruge vejledning, hvilket jeg fik i dag ved en livsstilssamtale.

Klare mål evt. tilbud i mit lokalområde.

Kontrol og vejledning.

Kost - tænke mere over, hvad jeg spiser. Cremer/hårprodukter/hårfarve - mere bevidst om, hvad der er i produkterne.

Mere fritid samt mere selvdisciplin.

Mere motion i dagligdagen.

Min egen vilje og lyst. Det rigtige tidspunkt for ikke så let at falde i igen.

Min egen vilje.

Mindre stress!

Motion (svømning)

Motion, god støtte og vejledning, kontrol.

Motion, motivation til at komme i gang.

Motivation, mere glæde ved at nå et mål.

Motivation.

Motivationen skal være der. Jeg skal bare i gang.

Operation af hofte, så jeg kan holde ud at motionere mere.

Ro og forudsigelighed i min hverdag efter et længere sygdomsforløb.

Rygestop.

Rygning.

Selv at finde motivationen frem for foredrag/prædiken om, hvad jeg skal gøre.

Selvdisciplin for at stoppe med at ryge.

Skal tage på i vægt.

Sundhedsprogram.

Værktøjer for at tage på.

Tryghed.

Tabe mig i vægt.

Bilag 3: Fordeling af screeningsdiagnoserne i de gennemgåede epikriser

En statistisk gennemgang af data fra det patientadministrative system (PAS) har vist, at resultaterne fra henholdsvis de gennemgåede epikriser og PAS er ensartet. PAS dataene er således ikke opstillet i tabelform i rapporten, da de ikke umiddelbart synes at bidrage med ekstra information. Resultaterne fra undersøgelsen af PAS data viser at:

- Der er ca. samme andel patienter i henholdsvis de gennemgåede epikriser og PAS som har både overvægts/undervægts-diagnose
- Der er ca. samme andel patienter i henholdsvis de gennemgåede epikriser og PAS som har enten 1, 2, 3 eller 4 screeningsdiagnosekoder
- Der er ca. samme antal screeningsdiagnoser i forhold til antal patienter i henholdsvis PAS og epikriserne.

Bilagstabel 111: Antal journaler/epikriser med screeningsdiagnoser for både undervægt, overvægt og evt. andre fordelt på afdeling

Afdeling	"Klinisk mistanke om underernæring" (DZ038F) og "Overvægt uden specifikation" (DE669)	"Klinisk mistanke om underernæring" (DZ038F) og "Overvægt uden specifikation" (DE669) og "Mangel på fysisk aktivitet" (DZ723)	"Klinisk mistanke om underernæring" (DZ038F) og "Overvægt uden specifikation" (DE669) og "Mangel på fysisk aktivitet" (DZ723) og "Daglig rygning" (DZ720E)	"Klinisk mistanke om underernæring" (DZ038F), "Overvægt uden specifikation" (DE669), "Alkoholforbrug > 14(k) hhv. 21 (m) genstande om ugen" (DZ721A) og "Mangel på fysisk aktivitet" (DZ723)
Medicinsk senge-afdeling	1	1	0	0
Kirurgisk amb.	1	0	0	0
Psykiatrisk sengeafsnit	3	3	1	1
Distriktpsykiatrien	3	2	1	0
I alt	8	6	2	1

Da der kun er fundet screeningsdiagnoser i epikriserne fra efter implementering af screeningen, er Bilagstabel 111 alene baseret på disse epikriser.

Bilagstabel 112: Antal screeningsdiagnoser fordelt på afdeling

	DZ038F Klinisk mistanke om underernæring	DE669 Overvægt uden specifikation	DZ723 Mangel på fysisk aktivitet	DZ720E Daglig rygning	DZ721A Alkoholforbrug > 14 (k) hhv. 21 (m) genstande om ugen	Ingen B diagnosekode
Afdeling						
Medicinsk senge-afdeling	2	2	1	1	0	37
Kirurgisk amb.	2	10	6	4	0	25
Psykiatrisk sengeafsnit	3	12	7	10	4	22
Distriktpsychiatrien	4	10	6	7	0	28
I alt	11	34	20	22	4	112

Nedenstående Bilagstabel 113 viser hvor mange epikriser/journaler, der er fundet med henholdsvis to, tre og fire screeningsdiagnoser, samt hvordan de er kombineret i epikriserne/journalerne.

Bilagstabel 113: Kombinationer af screeningsdiagnoser for epikriser/journaler med to eller flere screeningsdiagnoser	
Screeningsdiagnoser	Antal epikriser/journaler med den givne kombination af screeningsdiagnoser
Epikriser/journaler med 2 screeningsdiagnoser	
"Klinisk mistanke om underernæring" (DZ038F) og "Overvægt uden specifikation" (DE669)	1
"Overvægt uden specifikation" (DE669) og "Daglig rygning" (DZ720E)	6
"Mangel på fysisk aktivitet " (DZ723) og "Daglig rygning" (DZ720E)	1
"Overvægt uden specifikation" (DE669) og "Mangel på fysisk aktivitet " (DZ723)	4
"Overvægt uden specifikation" (DE669) og "Alkoholforbrug>14(k) hhv. 21 (m) genstande om ugen" (DZ721A)	1
"Daglig rygning" (DZ720E) og "Alkoholforbrug>14(k) hhv. 21 (m) genstande om ugen" (DZ721A)	1
Epikriser/journaler i alt med 2 screeningsdiagnoser	14
Epikriser/journaler med 3 screeningsdiagnoser	
"Klinisk mistanke om underernæring" (DZ038F), "Overvægt uden specifikation" (DE669) og "Mangel på fysisk aktivitet " (DZ723)	3
"Klinisk mistanke om underernæring" (DZ038F), "Overvægt uden specifikation" (DE669) og "Daglig rygning" (DZ720E)	1
"Klinisk mistanke om underernæring" (DZ038F), "Mangel på fysisk aktivitet " (DZ723) og "Daglig rygning" (DZ720E)	1
"Overvægt uden specifikation" (DE669), "Daglig rygning" (DZ720E) og "Mangel på fysisk aktivitet " (DZ723)	5
"Overvægt uden specifikation" (DE669), "Daglig rygning" (DZ720E) og "Alkoholforbrug>14(k) hhv. 21 (m) genstande om ugen" (DZ721A)	1
Epikriser/journaler i alt med 3 screeningsdiagnoser	11
Epikriser/journaler med 4 screeningsdiagnoser	
"Klinisk mistanke om underernæring" (DZ038F), "Overvægt uden specifikation" (DE669),	2

"Daglig rygning" (DZ720E) og "Mangel på fysisk aktivitet " (DZ723)	
"Klinisk mistanke om underernæring" (DZ038F), "Overvægt uden specifikation" (DE669), "Alkoholforbrug>14(k) hhv. 21 (m) genstande om ugen" (DZ721A) og "Mangel på fysisk aktivitet " (DZ723)	1
Epikriser/journaler i alt med 4 screeningsdiagnoser	3

Bilag 4: Anonymiseret sammenskrivning af interviews

Der er gennemført i alt 19 interviews, fordelt på følgende målgrupper:

- 4 interviews med patienter, 2 fra henholdsvis somatik og psykiatri
- 4 interviews med afdelings-/afsnitsledelser, 2 fra henholdsvis somatik og psykiatri
- 4 interviews med sundhedspersonale der screener patienter, 2 fra henholdsvis somatik og psykiatri
- 4 interviews med sekretærer der indtaster screeningsskemaer, 2 fra henholdsvis somatik og psykiatri
- 2 interviews med sundhedskoordinatorer, 1 fra henholdsvis somatik og psykiatri
- 1 interview med registreringsansvarlig overlæge. Der blev forsøgt endnu et interview med registreringsansvarlig overlæge, men denne ønskede ikke at blive interviewet grundet manglende kendskab til projektet.

Interviews med patienter

Somatik

Interviewpersonerne oplever det som relevant at blive spurgt til livsstil. En meget syg patient kan dog det være svært at bruge snakken om livsstil til at komme i gang med en livsstilsændring.

Interviewpersonerne mener, at sygehuset i en vis grad kan motivere til livsstilsændring, dog således at patienten selv skal tage ansvar for, at det sker. Interviewpersonerne har ikke oplevet, at sygehuset har samarbejdet med egen læge, men ser heller ikke et behov herfor.

Det kan virke mindre behageligt og distanceret, hvis sundhedspersonalet sidder og læser spørgsmålene op, og screening på første møde med klinikken kan virke som dårlig timing. En interviewperson anbefaler, at spørgeteknik og timing tænkes ind i forbindelse med samtalerne.

Psykiatri

Interviewpersonerne finder det relevant at blive spurgt om livsstil. Hvordan dét at blive spurgt til livsstil opleves kan dog afhænge af dagsformen. Begge interviewpersonerne er blevet spurgt til livsstil på en god måde, men vigtigheden af, at samtalen gennemføres af en person patienten kender, understreges.

Det opleves, at livsstilssnakken kan bruges til at komme i gang med livsstilsændring, og at psykiatrien kan medvirke til at motivere hertil. Interviewpersonerne har ikke oplevet, at psykiatrien har samarbejdet med egen læge, men ser heller ikke et behov herfor.

Interviews med registrerende personale

Somatik

Interviewpersonerne finder det relevant at spørge til livsstil, men den ene interviewperson mener, at der skal ske en selektion i forhold til om screeningen er relevant for den konkrete patient. Holdningen til at spørge patienter om deres livsstil har ikke ændret sig i projektperioden, men opmærksomheden omkring emnet er dog blevet skærpet.

Der opleves ingen problemer med at få svar på spørgsmålene. For at motivere og støtte patienterne kan sygehuset informere om livsstilsændringer og evt. henvise til tilbud.

På Kirurgisk ambulatorium, Aalborg Sygehus, Aarhus Universitetshospital har screeningstidspunktet passer fint. På Medicinsk senge-afdeling på Aalborg Sygehus, Aarhus Universitetshospital ville screening ved udskrivelse have passer bedre, da patienterne ofte er meget syge ved indlæggelse og derfor ikke har så meget overskud.

Screeningen tager gennemsnitligt 10 minutter. Måske har det udviklet sig til at tage lidt længere tid, da folk gerne vil snakke og vi bliver bedre til at spørge ind.

Der er ikke oplevet kontakt til almen praksis.

Interviewpersonerne føler sig fagligt klædt på til opgaven omkring screening.

Det anbefales at holde et kort introduktionskursus af en times varighed til personalet ved opstart. Det anbefales endvidere at lægge screeningerne ud i primær sektor, så patienterne bliver screenet, når de har det bedst – de behøver ikke nødvendigvis at være raske, men de skal være inde i en god og stabil fase.

Psykatri

Svarpersonerne finder det relevant at spørge patienterne om deres livsstil, men det bør overvejes yderligere hvor screeningen skal foregå og hvem, der skal udføre den. Det er forskelligt, om svarpersonernes holdning til screeningen har ændret sig i projektperioden.

Det kan være problematisk at screene patienterne inden for den første uge, da mange er for dårlige/syge til at kunne svare på spørgsmålene. For at få patienten til at deltage mere aktivt i screeningen anbefales det at vente med den, til patienten er klar til at samarbejde omkring screeningskemaet. Det tager 10-20 minutter at screene.

Psykiatrien kan motivere og støtte patienterne til livsstilsændring ved at henvise til bl.a. livsstilsprojektet og aktivitetstilbud.

Forslag til forbedring af, hvordan screeningen kan bruges er at udarbejde en ”pakkeløsning” til personalet, som indeholder diverse tilbud, så det bliver lettere at vejlede og henvise patienten til det rette tilbud. Et andet forslag er begrænset brugen af screening, så det kun inddrages, når det er relevant. Det kan endvidere overvejes, om screening for livsstilsrelaterede risikofaktorer bedre vil kunne understøttes i eget hjem eller i sociale sammenhænge som fx socialpsykiatrien.

Personalet oplever ikke behov for kompetenceudvikling for at kunne foretage screening. Den ene interviewperson mener ikke, at psykologer bør udføre screeningen, men at opgaven hører til i en anden faggruppe.

Hvis screeningen skal implementeres, anbefales det, at tidspunkt for screening bliver tilpasset den enkelte patient. Det anbefales af den ene interviewperson, at screeningen ikke implementeres som noget obligatorisk, men i stedet kun bruges, hvor den er relevant.

Interviews med afsnits-/afdelingsledelse

Somatik

Det er personafhængigt, både i forhold til sundhedspersonalet der screener og den pågældende patient, om screeningen har skabt mere fokus på forebyggelse som led i indsatsen. Der er kommet mere efterspørgsel på forebyggelsessamtaler blandt personalet, især eftersom den ene afdeling har indført forebyggelsessamtaler med alle patienter. Blandt patienterne er der ligeledes en øget efterspørgsel efter forebyggelsessamtaler, hvilket forklares ved, at patienterne bl.a. får forebyggelsessamtaler tilbudt, når de spørger efter hjælp til det, de har behov for.

Med hensyn til tidspunkt for screening anbefaler interviewpersonerne ved indlæggelse/start af ambulans forløb, med mindre patienten er for syg til at forholde sig til det.

I forbindelse med sikring af, at screeningsdiagnoserne overføres til epikriserne anbefales et system, hvor de kan registreres med det samme. I det nuværende system, skal A diagnose (påføres oftest ved udskrivelse) være registreret forud for B diagnoser (screeningsdiagnoser).

Der er endvidere en problemstilling omkring dét, at det er sekretærene, som registrerer screeningdiagnoser, hvilket kan gøre, at irrelevante diagnoser registreres i epikrisen, hvis ikke en læge når at tjekke denne inden afsendelse. For at screeningen kan bruges bedre anbefales, at screeningsdiagnoserne ledsages af kommentarer, så risikoen for misforståelser mindskes.

I relation til det sygehuset kan gøre for at motivere og støtte patienterne til livsstilsændringer nævner interviewpersonerne:

- Gøre det klart for patienten hvilken betydning livsstil har for behandlingen
- Gøre det nemt for patienten at kontakte hjælp
- Optimere den supervision personalet giver patienten

Interviewpersonerne ser overordnet deres rolle som ledere i implementeringen af projektet som at støtte op om projektet, at skabe tid til screeningen og sørge for, at screeningspersonalet er veluddannet til opgaven. Interviewpersonerne oplever ikke, at personalet bruger meget tid på screeningerne.

I forhold til udbredelse på andre sygehuse anbefales fokus på at få registreret screeningen på udskrivelseskortet/epikrisen. Desuden bør der gøres opmærksom på, at der medfølger ekstra krav ud over screeningen, fx flere forebyggelsessamtaler. Skemaet fungerer godt. Det har været godt, at der har været to koordinatore til løbende opfølgning.

Psykiatri

Interviewpersonerne oplever, at screeningen skaber større opmærksomhed på forebyggelse. Der kan dog være problemer med at udføre screeningen så tidligt i forløbet. Der opleves ingen entydig ændring i efterspørgslen på forebyggelsessamtaler blandt hverken personale eller patienter.

Tidspunktet for screeningen jævnfør retningslinjerne er generelt for tidligt. Det anbefales, at der ventes til patienten psykisk er klar til at tale om livsstil, så snakken kan ske i den rigtige kontekst, dog fortsat så tidligt i forløbet som muligt.

Til sikring af, at informationer fra screening skrives ind i epikriserne anbefales ledelsesfokus.

Et forslag til hvordan screeninger kan bruges bedre er at tage dem op på tværfaglige møder. Desuden bør der arbejdes videre med at få registreret korrekt, så kun de relevante screeningsdiagnoser kommer med og endvidere bliver ledsaget af forklarende tekst.

I forhold til hvad psykiatrien kan gøre for at motivere og støtte patienter til livsstilsændringer nævnes følgende: personalet skal have den rette kompetence og holdning til at støtte patienten og opbakningen til patienten bør være tværfaglig.

Interviewpersonerne ser følgende som ledelsens opgaver i implementeringen: skabe en god struktur for projektet, følge op på personalegruppens udfordringer med opgaven, skabe fokus på screeningen og give tilbagemelding til styregruppen.

Det opleves ikke, at personalet bruger meget tid på screeningen.

Hvis screeningen skal udbredes til hele regionen anbefales det:

- At fastlægge implementeringstidspunktet under hensyntagen til eventuelle andre igangværende projekter eksempelvis Den Danske Kvalitetsmodel.
- At afdelingen før implementering tager stilling til, hvordan den vil bruge de oplysninger, der tilvejebringes ved screeningen.
- At håndteringen af B diagnoser præciseres, så de kun registreres når de er relevante, og at de ledsages af forklarende tekst.
- Det anbefales at lade sygeplejersker udføre screeningen, da de er vant til opgaven
- Screeningen bør ske senere i forløbet af hensyn til patienten og indsatsen skal være tværfaglig.

Den ene interviewperson anbefaler, at screeningen ikke implementeres i hele Psykiatrien i Region Nordjylland. Begrundelsen er, at selv om livsstil er vigtig, bør det være den psykiske sygdom, der er i fokus.

Interviews med sekretærer

Interviewpersonernes svar fra henholdsvis psykiatri og somatik har givet ensartet svar. De har fået tilstrækkelig vejledning i indtastning af screeningsskemaerne, og registreringsvejledningen har været let at bruge.

Det tager mellem 30 sekunder og 4 minutter at indtaste et skema og tidsforbruget er uændret gennem projektperioden. Sekretæren skal dog være opmærksom ved registrering af screeningsdiagnoser, så der ikke samtidigt bliver registreret overvægt og mistanke om underernæring. Samarbejdet med det screenende personale fungerer godt via aftaler eller faste møder.

Ting der kan lette indtastningen er, at der bliver mulighed for at sætte screeningsdiagnoser på med det samme, så sekretæren ikke skal sidde og holde øje med, om patienten er blevet udskrevet, hvilket er tilfældet i dag, hvor screeningsdiagnoser først kan registreres efter A diagnosen.

Hvis projektet skal udbredes til hele Region Nordjylland, anbefales det at undersøge, om kodningen kan ske som procedurekode i stedet for B diagnosekode/tillægskode. Dermed vil sekretæren kunne indtaste hele skemaet med det samme og undgå at skulle bruge tid på at holde øje med, om patienten udskrives.

Interview med registreringsansvarlig overlæge

Registrering af livsstil er en af mange registreringer, men vigtig. Det er godt, at der med projektet er startet på at registrere livsstilsrelaterede risikofaktorer.

For at komme til at bruge screeningen bedre skal der ske en holdningsændring blandt personalet. Samarbejdsomt har der ved projektstart været mindre kommunikationsproblemer, da sekretærene blev orienteret om projektstart forsinket, men der blev hurtigt rettet op.

Som registreringsansvarlig overlæge ser interviewpersonen det som sin rolle at bakke op om projektet så vidt det er muligt inden for den givne tidsramme.

Interviews med sundhedskoordinatorer i Region Nordjylland

Interviewpersonerne mener det er vigtigt at screene. Der er sket en mindre holdningsændring undervejs i pilotprojektet. Før var interviewpersonen uafklaret i forhold til, om screeningen burde dokumenteres, men i projektperioden opleves det, at livsstilsfaktorer tages mere alvorligt, når de dokumenteres.

Screeningerne skaber større opmærksomhed omkring livsstil og klinikerne beskriver KRAM faktorer i patientjournalen. Personalet har en form for refleksion over det, de har spurgt om, men de er ikke nået til at anvende det endnu - det er ikke tydeligt hvad opfølgningen er, og om der sker henvisning til "aktiviteter".

Som hjælp til at bruge screeningerne bedre skal personalet tilbydes noget kompetenceudvikling, fordi det er et særligt felt at skulle kommunikere omkring adfærdsændringer – de mangler deciderede redskaber til at tale med folk om livsstilsændringer. Ved korte indlæggelser kan det være svært at nå screeningen. En mulighed kan være at gøre det ved indlæggelse, hvis det kan nås der.

Det somatikken/psykiatrien kan gøre for at motivere til livsstilsændringer er at være rollemodel med røgfrit sygehus, sund/rigtig kost, kostvejleder og motivation til bevægelse under indlæggelse.

Interviewpersonerne har haft et godt samarbejde med kontaktpersonerne på sygehusene, selv om de er travle. Samarbejdet med den regionale kontaktperson har ligeledes fungeret godt. Interviewpersonerne oplever behovet for en regional kon-

taktperson forskelligt. En interviewperson mener ikke, at det at have en regional kontaktperson har haft betydning for gennemførelse af projektet. Til gengæld har personen manglet deltagelse fra den kliniske ledelse i styregruppen. Interviewpersonerne er dog enige om, at det har været vigtigt at have en koordinerende person for hele sygehuset bl.a. for at ensrette og styre implementeringsprocessen.

Koordinatorrollen (i pilotprojektet sundhedskoordinatorernes rolle) ses som en back up funktion, som afdelingerne kan gå til for at få hjælp til implementering, herunder fx informationsmøder, informationsmateriale og kompetenceudvikling.

Ved implementering i hele regionen anbefales det at få lægerne bedre involveret end de har været i pilotprojektet. Det anbefales endvidere, at personalet klædes bedre på via undervisning i kommunikationsredskaber, så de har bedre mulighed for at gennemføre samtaler om livsstil som omsorg frem for løftet pegefinger.