



DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI rapport 2006.06

Sundhedspersonalets rådgivning om sundhedsadfærd

En kortlægning og analyse

Annegrete Juul Nielsen
Marie Brandhøj Hansen
Jakob Hansen
Marie Henriette Madsen
Marlene Willemann





Sundhedspersonalets rådgivning om sundhedsadfærd

En kortlægning og analyse

Annegrete Juul Nielsen
Marie Brandhøj Hansen
Jakob Hansen
Marie Henriette Madsen
Marlene Willemann

DSI Institut for Sundhedsvæsen
DSI rapport 2006.06

DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI Institut for Sundhedsvæsen er en selvejende institution oprettet i 1975 af staten, Amtsrådsforeningen i Danmark og Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune. Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler de planlæggende og styrende myndigheder inden for sundhedsvæsenet.

Copyright © DSI Institut for Sundhedsvæsen 2006

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

DSI Institut for Sundhedsvæsen

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 87-7488-450-6 (trykt version)

ISBN 87-7488-452-2 (elektronisk version) *

ISSN 0904-1737

DSI-rapport 2006.06

* Rettelser til side 7 og side 32 er foretaget i den elektroniske version

Omslag: Peter Dyrvig Grafisk Design

Grafisk design: DSI

Tryk: Danske Regioner

Forord

Danskernes motions-, kost-, alkohol- og rygevaner har stor betydning for sygelighed og dødelighed i befolkningen. Sundhedspersonalet møder i deres daglige arbejde et bredt udsnit af befolkningen, og de indtager derfor en central position i relation til sundhedsadfærd som rådgivere og rollemønstre. En forudsætning for at kunne udnytte dette rådgivningspotentiale er at have kendskab til omfanget og arten af sundhedspersonalets rådgivningspraksis. Denne rapport har til formål, i dansk regi, at kortlægge og analysere sundhedspersonalets rådgivningspraksis og på denne baggrund generere vidensbaserede anbefalinger til en forbedret rådgivningsindsats.

Sundhedsstyrelsen og DSI Institut for Sundhedsvæsen har sammen taget initiativ til og finansieret undersøgelsen, der er gennemført af en projektgruppe i DSI. Marlene Willemann har været projektleder indtil 1/8 2005 og udarbejdet projektbeskrivelse og spørgeskema samt været ansvarlig for dataindsamling. Annegrete Juul Nielsen har efterfølgende været projektleder og i samarbejde med ekstern konsulent Hermann Burr, DSI-projektmedarbejderne Marie Brandhøj Hansen, Jakob Hansen og Marie Henriette Madsen udarbejdet nærværende rapport. Forskningsassistenter på DSI Peter Jørgensen, Else Ibfelt og Marete Asmussen har bidraget med figurer og tabeller samt transskribering af interviews.

Rapporten har været i ekstern review hos overlæge, dr.med. Henri Goldstein, Roskilde Amts Sygehus, Køge, Afdelingen for forebyggelse, samt en sundhedsvidenskabelig forsker med viden om forebyggelse og sundhedsfremme. Begge takkes for kritiske og konstruktive kommentarer.

Denne undersøgelse kunne ikke have været gennemført uden hjælp fra en lang række personer. DSI ønsker at sige en stor tak til det sundhedspersonale, som har besvaret spørgeskemaer og medvirket i interview. Også tak til repræsentanterne fra Dansk Sygeplejeråd, Den almindelige Danske Lægeforening, Danske fysioterapeuter, Jordemoderforeningen og Fag og Arbejde, som har sørget for adgang til deres medlemsregistre i forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen og bidraget med gode kommentarer undervejs. Tak også til Sundhedsstyrelsen for et godt samarbejde om projektet.

DSI Institut for Sundhedsvæsen
Jes Søgaard
Direktør, professor

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé	7
1. Introduktion.....	11
1.1 Baggrund for projektet.....	11
1.2 Projektets formål	12
1.3 Sundhedspersonalet – hvem er det?	12
1.4 Rådgivning - hvad er det?	13
1.5 Sundhedsadfærd - hvad er det?.....	14
1.6 Rapportens opbygning	14
2. En undersøgelse i to dele – spørgeskema og interview	17
2.1 Spørgeskemaundersøgelsen	17
2.2 Interviewundersøgelsen	24
3. Hvor ofte rådgiver sundhedspersonalet?	27
3.1 Omfang af rådgivning om sundhedsadfærd	27
3.2 Systematisk rådgivning	31
3.3 Rådgivning som en integreret faglig opgave?.....	36
3.4 Sammenfatning og diskussion.....	42
4. Rådgivningens konkrete indhold.....	45
4.1 Hvordan rådgiver sundhedspersonalet?	45
4.2 Motiverende rådgivning	47
4.3 Handlingsanvisende rådgivning	49
4.4 Henvisende rådgivning	50
4.5 Rådgivningsemner - den svære rådgivning om kost og vægttab	53
4.6 Sammenfatning og diskussion.....	54
5. Rådgivningskompetencer	57
5.1 Erhvervede og selvoplevede rådgivningskompetencer	57
5.2 Hvilke kompetencer efterspørges?	60
5.3 Har kompetencer betydning for rådgivningsindsats?.....	62
5.4 Sammenfatning og diskussion.....	64
6. Sundhedspersonalets egen sundhedsadfærd.....	67
6.1 Sundhedspersonalets rygevaner	67
6.2 Sundhedspersonalets øvrige sundhedsadfærd	68
6.3 Har egen sundhedsadfærd betydning for rådgivningsindsats?.....	70
6.4 Rollemodel for en sund livsstil?	72
6.5 Sammenfatning og diskussion.....	73
7. Undersøgelsens metodiske begrænsninger	75
7.1 Begrænsninger ved spørgeskemaundersøgelsen	75
7.2 Begrænsninger ved interviewundersøgelsen	77
7.3 Samlet vurdering af undersøgelsens begrænsninger	77

8. Ti faggrupper, ti rådgivningspraksis	79
Praktiserende læger.....	81
Konsultationssygeplejersker.....	81
Sundhedsplejersker.....	82
Fysioterapeuter.....	83
Hospitalsansatte læger.....	83
Hospitalsansat plejepersonale.....	84
Jordemødre.....	84
9. Anbefalinger til en styrket rådgivningsindsats.....	87
Litteratur	89
Bilag 1 Spørgeskema.....	95
Bilag 2 Interviewguide	109
Bilag 3 Spørgeskemadata	113
Sundhedspersonalets daglige patientkontakter	113
Rådgivning om sundhedsadfærd, hvor ofte?.....	114
Rådgivning om sundhedsadfærd, hvordan?	116
Rådgivningskompetencer og holdning til rådgivning	118
Sundhedspersonalets egen sundhedsadfærd	121
Resultater fra de logistiske regressionsanalyser	124

Resumé

Danskernes sundhedsadfærd, herunder motions-, kost-, alkohol- og rygevaner har stor betydning for sygelighed og dødelighed i befolkningen. Sundhedspersonalet møder i deres daglige arbejde et bredt udsnit af befolkningen, og de indtager derfor en central position i rådgivning om sundhedsadfærd. DSI Institut for Sundhedsvæsen har i samarbejde med Sundhedsstyrelsen udarbejdet nærværende undersøgelse, der har til hensigt at kortlægge og analysere sundhedspersonalets rådgivningspraksis og på denne baggrund generere vidensbaserede anbefalinger til en forbedret rådgivningsindsats. Undersøgelsen bygger på spørgeskemadata indhentet blandt 2.756 repræsentativt udvalgte sundhedspersonale samt på interviews med udvalgte repræsentanter for de enkelte faggrupper.

1/3 af sundhedspersonalet rådgiver systematisk om sundhedsadfærd

Undersøgelsen viser, at sundhedspersonalet i gennemsnit bruger 1/2-2 1/2 time pr. dag på rådgivning, hvoraf de fleste timer bruges i den primære sundhedssektor. Fysisk aktivitet og kostændringer er de livsstilsområder, som sundhedspersonalet hyppigst rådgiver om. Patientens helbredsstatus synes at have stor betydning for, hvorvidt sundhedspersonalet initierer rådgivning om sundhedsadfærd. Sundhedspersonalet rådgiver oftere om sundhedsadfærd, når patienten lider af en sygdom relateret til den pågældende adfærd. Størstedelen af sundhedspersonalet har en positiv holdning til at rådgive om sundhedsadfærd. Mere end 80 % af den samlede undersøgelsespopulation angiver, at de anser rådgivning om sundhedsadfærd som en del af deres ansvar og opgave.

Oplysende og motiverende rådgivning

Størstedelen af sundhedspersonalet rådgiver ved at motivere patienten til en adfærdsendring og/eller oplyser om de skadelige effekter af en given adfærd. Det er kun en mindre andel blandt sundhedspersonalet, der bruger rådgivningsformer som henvisning til tilbud, opfølgende samtale og kontrol samt udlevering af pjecer. 50-70 % af sundhedspersonalet angiver, at de er helt eller delvist enige i, at de kan motivere deres patienter til ændring af sundhedsadfærd. Interviewundersøgelsen peger på, at muligheden for at henvise til handlingsanvisende rådgivning har stor betydning for personalets rådgivningsindsats. For det andet peger undersøgelsen på, at mange velorganiserede tilbud om rygestop kan gøre sundhedspersonalet mere tilbøjelige til at rådgive om rygning, idet rammerne gør det nemmere at yde en kompetent rådgivning i relation til rygning.

2/3 af sundhedspersonalet efterspørger rådgivningskompetencer

En tredjedel af sundhedspersonalet angiver, at de har modtaget undervisning i rådgivning om sundhedsadfærd inden for det sidste år. Ca. 9 ud af 10 blandt det samlede personale er enige eller delvis enige i, at de har tilstrækkelig viden til at kunne rådgive om helbredssekvenserne af hhv. rygning, usund kost, fysisk inaktivitet, overvægt og

for stort alkoholforbrug, men to tredjedele efterspørger en styrkelse af deres sundheds-pædagogiske rådgivningskompetencer.

Færre rygere blandt sundhedspersonalet

Undersøgelsen viser, at der sammenlignet med den øvrige befolkning er relativt få rygere, få med et stort alkoholforbrug, mange med aktive fritidsinteresser og med sunde kostvaner blandt sundhedspersonalet. For eksempel er der kun 15 % blandt sundhedspersonalet, der har besvaret spørgeskemaet, som ryger, hvilket peger på en nedgang i rygeprævalensen blandt sundhedspersonalet inden for de seneste ti år.

Muligheder og barrierer

Undersøgelsen indeholder en række positive budskaber, idet rådgivningsopgaven f.eks. anerkendes som en vigtig opgave af alle faggrupper, og for de fleste faggrupper indgår som en del af den daglige praksis. Ligeledes peger undersøgelsen på et stort potentiale i styrkelsen af sundhedspersonalets rådgivningskompetencer. Omvendt peger undersøgelsen også på, at der eksisterer en række uklarheder i relation til f.eks. krav til og mål for rådgivning om sundhedsadfærd. Uklarheder der virker som en barriere for de sundhedsprofessionelles rådgivningsindsats, og som er med til at skabe en ulige adgang til rådgivning om sundhedsadfærd. Da der ikke eksisterer klare entydige målsætninger, er det op til den enkelte sundhedsprofessionelle at afgøre, hvad målet med rådgivning om sundhedsadfærd er, og dermed også hvornår en rådgivning har været succesfuld. Det resulterer i, at nogle sundhedsprofessionelle vælger at afstå fra at rådgive, idet forventningerne til hvad rådgivningen skal resultere i enten bliver for høje eller ikke forekommer meningsfulde i forhold til den enkeltes arbejdssituation. Ligeledes eksisterer der uklarhed om, hvem der skal varetage hvilke rådgivningsopgaver. Undersøgelsen viser også, at der er store forskelle på, hvilke redskaber og henvisningsmuligheder de enkelte sundhedsprofessionelle har til rådighed i forbindelse med rådgivning om sundhedsadfærd. Endelig viser undersøgelsen, at der er stor forskel på, hvilke rådgivningskompetencer de sundhedsprofessionelle har mulighed for at tilegne sig.

Anbefalinger

Undersøgelsen viser, at der først og fremmest er behov for en præcisering og afklaring af en række forhold, der knytter sig til rådgivning om sundhedsadfærd, som indhold, mål, arbejdsdeling, henvisningsmuligheder, personaleressourcer og redskaber. Følgende tiltag anbefales, som led i en generel systematisering og afklaring af området: For det første, at der formuleres en "arbejdsinstruks" til den enkelte sundhedsprofessionelle for rådgivningens iværksættelse, indhold, målgruppe og opfølgning. For det andet, at der formuleres en rådgivningspolitik på de enkelte institutioner og afdelinger, der ekspliciterer ansvarsfordeling, personaleressourcer og mulighed for kompetenceudvikling i relation til rådgivning. For det tredje, at der udvikles redskaber, som er med til at sikre, at sundhedspersonalet systematisk indhenter oplysninger om patientens sundhedsadfærd og motivation for yderligere rådgivning. For det fjerde, at sundhedspersonalet sikres mulighed for kompetenceudvikling i relation til rådgivning om sundhedsadfærd. For det femte, at der udvikles flere tilbud, som sundhedspersonalet kan henvise til i relation til rådgivning om sundhedsadfærd. For det sjette anbefales indsamling og

formidling af viden og dokumentation for effekt og cost effectiveness af rådgivningsindsatsen, som væsentlige elementer i en professionalisering af området.

1. Introduktion

Denne undersøgelse handler om sundhedspersonalets rådgivning om rygning, kost, fysisk aktivitet, overvægt og alkohol. Verdenssundhedsorganisationen WHO anslår at ca. 70 % af den globale sygdomsbyrde i 2020 vil være livsstilsrelateret. I Danmark er rygning årsag til ca. 30 % af de iskæmiske hjertesygdomme og ca. 90 % af samtlige tilfælde af lungekræft, mens alkohol koster ca. 2.600 danskere livet og samfundet 10 milliarder kr. hvert år (1-10).

Sundhedspersonalet møder i deres daglige arbejde et bredt udsnit af befolkningen, og i denne kontakt opstår der ofte en mulighed for dialog om den enkelte patients sundhedsvaner. Den brede kontaktflade til mange forskellige grupper i befolkningen, og personalets kompetence på sundhedsområdet, giver sundhedspersonalet en central position i rådgivning om sundhedsadfærd. En forudsætning for at kunne udnytte dette rådgivningspotentiale bedst muligt er kendskab til omfanget og arten af rådgivning, samt hvilke forhold der betinger sundhedspersonalets rådgivningspraksis.

Nærværende undersøgelse er det første systematiske forsøg på i dansk regi at kortlægge og analysere rådgivning om sundhedsadfærd i såvel det primære som sekundære sundhedsvæsen. Målet med undersøgelsen er at generere vidensbaserede anbefalinger til en forbedret rådgivningsindsats. I det følgende præsenterer vi undersøgelsens baggrund og præciserer dens formål.

1.1 Baggrund for projektet

Der er kun udført få danske undersøgelser, der kortlægger sundhedspersonalets rådgivningspraksis i relation til rygning, kost, fysisk aktivitet, overvægt og alkohol. Det er karakteristisk for disse undersøgelser, at de kun beskæftiger sig med en udvalgt gruppe af sundhedspersonalet, f.eks. sygehuspersonale eller praktiserende læger (11-14). I og med, at der ikke foreligger et klart billede af omfanget af sundhedspersonalets aktuelle rådgivningsindsats, og hvilke emner den berører, er det heller ikke muligt at vurdere, hvor og hvordan indsatsen kan styrkes.

Undersøgelsen har også afsæt i, at viden om, hvilke forhold der har betydning for om sundhedspersonalet initierer og gennemfører rådgivning om sundhedsadfærd, er afgørende for at kunne pege på, hvor og med hvilke midler den aktuelle rådgivningsindsats kan styrkes. Internationale og danske studier peger på, at sundhedspersonalets rådgivningskompetencer, egen sundhedsadfærd, holdninger og faggruppe er nogle af de forhold, som betinger hvilken rådgivning sundhedspersonalet udøver (14-35). Der er dog ikke kendskab til, hvorvidt disse forhold også aktuelt gør sig gældende i en dansk kontekst og blandt alle faggrupper. Baggrunden for nærværende undersøgelse er således, at der kun eksisterer begrænset viden om omfanget og arten af den rådgivningsindsats, som sundhedspersonalet i det danske sundhedsvæsen udøver i relation til væsentlige risikofaktorer for sygdom som rygning, uhensigtsmæssig kost, fysisk inaktivitet, overvægt og stort alkoholforbrug.

1.2 Projektets formål

Undersøgelsens formål er at kortlægge og analysere sundhedspersonalets rådgivningspraksis i relation til rygning, kost, fysisk aktivitet, overvægt og alkohol, og på denne baggrund at udarbejde anbefalinger, der kan styrke sundhedspersonalets rådgivningsindsats. Formålet belyses gennem en spørgeskema- og interviewundersøgelse. Undersøgelsen forventes blandt andet at give svar på:

- ◆ hvor ofte og hvordan sundhedspersonalet rådgiver om sundhedsadfærd,
- ◆ hvilken sundhedsadfærd og hvilke rådgivningskompetencer sundhedspersonalet har,
- ◆ hvilke forhold der former sundhedspersonalets rådgivningspraksis,
- ◆ hvordan rådgivningsindsatsen fremover kan styrkes.

1.3 Sundhedspersonalet – hvem er det?

Som allerede beskrevet har hidtidige danske undersøgelser af sundhedspersonalets rådgivningspraksis fokuseret på praktiserende læger og sundhedspersonale i den sekundære sundhedssektor. Da formålet med denne undersøgelse er at belyse den samlede rådgivningsindsats blandt sundhedspersonalet, sætter undersøgelsen fokus på alle faggrupper som:

- ◆ har en bred og direkte patientkontakt
- ◆ møder patienter eller borgere, der er i risiko for at få eller allerede har en af de 8 folkesygdomme¹ relateret til sundhedsadfærd
- ◆ har en faglig forpligtigelse til at rådgive om sundhedsadfærd.

På denne baggrund har DSI i samarbejde med Sundhedsstyrelsen valgt at tage udgangspunkt i følgende inddeling af sundhedspersonalet:

Primær sektor

- ◆ Alment praktiserende læger
- ◆ Konsultationssygeplejersker
- ◆ Sundhedsplejersker
- ◆ Klinikansatte fysioterapeuter.

Sekundær sektor

- ◆ Reservelæger
- ◆ Speciallæger

¹ Type-2-diabetes, kræft, hjerte-kar-sygdomme, knogleskørhed, muskel-skelet lidelser, overfølsomhedssygdomme, psykiske lidelser og KOL (36).

- ◆ Hospitalsansatte sygeplejersker
- ◆ Social- og sundhedsassistenter
- ◆ Hospitalsansatte fysioterapeuter
- ◆ Jordemødre.

Når vi i undersøgelsen taler om sundhedspersonalet, refererer vi således til en person, der tilhører en af ovenstående faggrupper. Valget af 10 forskellige faggrupper fordelt på primær og sekundær sektor skyldes et ønske om at kunne belyse eventuelle forskelle i rådgivningspraksis mellem samme faggruppe i forskellige sektorer, f.eks. læger i primær og sekundær sektor.

1.4 Rådgivning - hvad er det?

Rådgivning om sundhedsadfærd er omdrejningspunktet i nærværende rapport, men kært barn har mange navne, hvoraf rådgivning om sundhedsadfærd kun er ét. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en rapport, hvor fagudtryk relateret til forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed søges defineret med henblik på at opnå en vis konsensus omkring brugen af de mange relaterede begreber. Der eksisterer flere relaterede begreber som f.eks. forebyggelsessamtale, livsstilssamtale, den motiverende samtale og vejledning om fysisk aktivitet og kost. Alle begreber betegner aktiviteter indeholdende information, motivation, råd og vejledning i ændring af sundhedsadfærd (37), men der eksisterer ikke nogen entydig betegnelse for – eller konsensusbeslutning om – hvad den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, som sundhedspersonalet udøver, bør kaldes.

Når vi har valgt at bruge begrebet rådgivning om sundhedsadfærd, skyldes det, at vi med undersøgelsen ønsker at få et bredt indblik i omfanget og arten af de aktiviteter, der er knyttet til sundhedspersonalets råd og vejledning i sundhedsadfærd. Formålet er med andre ord at dække den indsats, der spænder fra det korte råd, der f.eks. oplyser om rygningens skadelige virkninger og udlevering af en pjece om emnet, til den intensive længerevarende rådgivning, der f.eks. anvender redskaber som "Den motiverende samtale", beregning af risikoscore, henvisninger til rygestopkurser eller aftaler om opfølgende samtale. Vi bruger således rådgivning om sundhedsadfærd, som et bredt begreb for forskellige typer af vejledning, der varierer i omfang og art, og hvis overordnede sigte er en ændring i sundhedsadfærd, der kan være med til at bevare sundhed og/eller forebygge en sygdoms opståen eller forværring. Vi bruger med andre ord rådgivning om sundhedsadfærd om aktiviteter, der både er sundhedsfremmende² samt primært, sekundært eller tertiært forebyggende³.

² Sundhedsfremme kan defineres som en "sundhedsrelateret aktivitet, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgers ressourcer og handlekompetence" (37). Sundhedsfremme og forebyggelse anvendes ofte som sideordnede begreber, hvor der ved sundhedsfremme fokuseres på sundhed, styrkelse af individets modstandskraft og mulighed for selv at mestre deres sundhedstilstand frem for på undgåelse af sygdom og risici (37).

³ Forebyggelse kan defineres som en "sundhedsrelateret aktivitet, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker og dermed fremme folkesundheden" (37). Inddelingen af forebyggelse i primær, sekundær og tertiær refererer til, at en forebyggelsesindsats kan sættes ind på forskellige stadier i udviklingen af en sygdom. Primær forebyggelse

Valget af det brede rådgivningsbegreb skyldes desuden, at der på rygeområdet synes at være dokumentation for, at såvel kort- som langvarig rådgivning øger sandsynligheden for rygestop. En amerikansk undersøgelse peger bl.a. på, at effekten af rådgivning om rygestop øges, jo længere rådgivningen er, og jo flere gange den gives, men selv rådgivning fra en praktiserende læge af mindre end 5 minutters varighed øger sandsynligheden for et rygestop med 30 % (38). Der er derfor etiske såvel som effektmæssige grunde til ikke at udelade simpel kortvarig rådgivning i en undersøgelse af sundhedspersonalets rådgivningspraksis.

1.5 Sundhedsadfærd - hvad er det?

Sundhedsadfærd er som rådgivning et begreb, der kræver præcisering. I Sundhedsstyrelsens terminologirapport defineres sundhedsadfærd, som den adfærd patienter og andre borgere bevidst eller ubevidst udviser, og som påvirker deres livsstil og dermed deres sundhed. Livsstil defineres som adfærd, der over tid påvirker den enkeltes sundhed og dermed folkesundheden. Livsstil og sundhedsadfærd er relaterede begreber i den forstand, at livsstil opfattes at rumme mange forskellige slags sundhedsadfærd. Sundhedsadfærd kan både være negativ, f.eks. fysisk inaktivitet, og positiv, f.eks. regelmæssig motion, og således kan livsstil på én gang bestå af både negative og positive former for sundhedsadfærd, som f.eks. regelmæssig motion, fiberrig kost og rygning. Både sundhedsadfærd og livsstil omfatter både bevidste og ubevidste handlingsmønstre, der går igen i en persons eller i gruppers dagligdags adfærd. Både sundhedsadfærd og livsstil betinges af personlige, lokale og samfundsskabte forhold og afspejler individets sociale og kulturelle identitet. (37). Sundhedsadfærd og livsstil er altså overlappende begreber, men da undersøgelsen kun omhandler 5 ud af de 8 risikofaktorer, som regeringens folkesundhedsprogram "Sund hele livet" peger på som de væsentligste forebyggelige årsager til de store folkesygdomme, benytter vi primært begrebet om sundhedsadfærd. De fem former for sundhedsadfærd, som rapporten fokuserer på, er følgende:

- ◆ Rygning
- ◆ Kost
- ◆ Fysisk aktivitet
- ◆ Overvægt
- ◆ Alkohol.

1.6 Rapportens opbygning

Kapitel 1 indleder rapporten og Kapitel 2 præsenterer undersøgelsesdesign, materiale og metoder.

se forstås som en indsats, der retter sig mod at der overhovedet opstår sygdom. Sekundær forebyggelse har til formål at hindre videreudvikling eller tilbagefald af sygdom, og er dermed en indsats rettet mod grupper, hvor sygdom er under udvikling, eller hvor der er andre tegn på særlig forhøjet risiko for sygdom. Tertiær forebyggelse retter sig mod personer, som allerede har udviklet sygdom, og har til formål at forhindre forværring af eksisterende sygdom eller at tilstanden bliver kronisk eller præget af tilbagefald (37).

Kapitel 3 kortlægger omfanget af sundhedspersonalets rådgivningsindsats, herunder hvilken systematik personalet ligger til grund for deres indsats. Desuden analyserer vi hvorvidt eller i hvor høj grad sundhedspersonalet betragter rådgivning om sundhedsadfærd som en integreret faglig opgave.

Kapitel 4 belyser rådgivningens konkrete indhold, det vil sige hvilke elementer der indgår i sundhedspersonalets rådgivning, herunder betydningen af f.eks. kortlægningsredskaber og henvisningsmuligheder.

Kapitel 5 kortlægger sundhedspersonalets rådgivningskompetencer og undersøger hvilke kompetencer personalet efterspørger. Desuden analyserer vi hvilken betydning kompetencer har for personalets rådgivningsindsats.

Kapitel 6 undersøger sundhedspersonalets egen sundhedsadfærd, og hvordan personalet forholder sig til at være rollemodel for en sund livsstil.

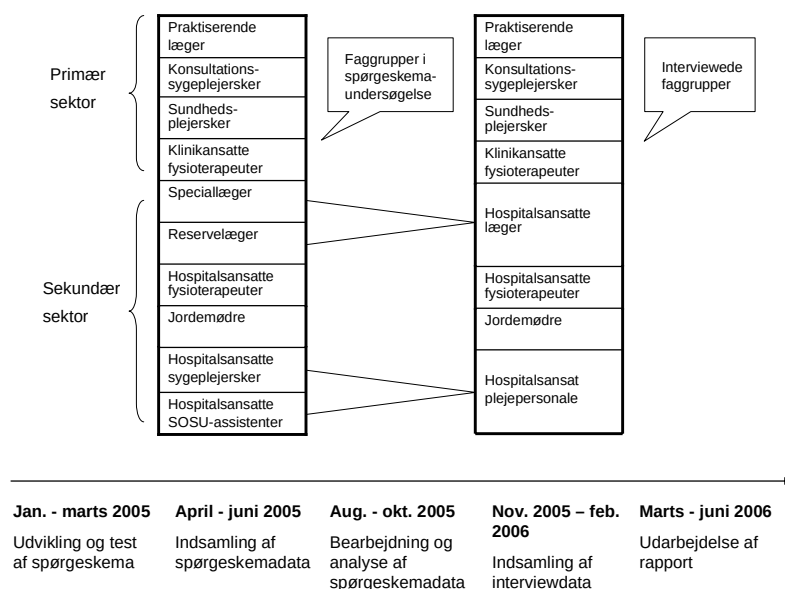
Kapitel 7 diskuterer undersøgelsens metodiske begrænsninger.

Kapitel 8 konkluderer på undersøgelsen, og i Kapitel 9 opstilles en række anbefalinger til konkrete tiltag, som kan styrke sundhedspersonalets rådgivningsindsats.

2. En undersøgelse i to dele – spørgeskema og interview

Undersøgelsens problemstillinger er belyst ved to delundersøgelser: en spørgeskemaundersøgelse og en interviewundersøgelse. Spørgeskemaundersøgelsens hovedformål er at kortlægge sundhedspersonalets rådgivningsindsats, og at analysere hvorvidt en række udvalgte forhold er med til at forme denne indsats. Undersøgelsens problemstillinger er yderligere belyst ved hjælp af en interviewundersøgelse, som med udgangspunkt i resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen supplerer analyserne af, hvad der former sundhedspersonalets rådgivning om sundhedsadfærd. Nedenfor er undersøgelsens design og forløb illustreret:

Figur 2.1 Undersøgelsesdesign



Dette kapitel redegør for det materiale og de metoder, som undersøgelsens to delundersøgelser er baseret på.

2.1 Spørgeskemaundersøgelsen

Spørgeskemaundersøgelsen er baseret på et til formålet udarbejdet spørgeskema, se Bilag 1. Spørgeskemaet består af 39 spørgsmål inden for følgende temaer:

- ◆ Stilling, herunder fagligt speciale, anciennitet, patientkontakt, mm.
- ◆ Hyppighed af rådgivning

- ◆ Rådgivningskvalifikationer
- ◆ Holdning til rådgivning om sundhedsadfærd
- ◆ Personalets egen sundhedsadfærd.

Hertil kommer baggrundsspørgsmål om køn, alder, ægteskabelig status mm. De udvalgte temaer er identificeret i eksisterende litteratur om sundhedspersonales rådgivningspraksis, og de enkelte spørgsmål er formuleret med inspiration herfra. Spørgsmål omhandlende personalets sundhedsadfærd er hentet fra Statens Institut for Folkesundheds Sundheds- og sygelighedsundersøgelser. I spørgeskemaet er svarkategorierne overvejende lukkede, dog har enkelte spørgsmål åbne svarkategorier for at give svarpersonerne mulighed for at give mere nuancerede og præcise svar.

Sundhedsstyrelsen (Center for Forebyggelse, projektleder Morten Wiberg) har løbende kommenteret spørgeskemaet og er kommet med forslag til konkrete spørgsmål. Spørgeskemaet har været i ekstern peer review hos to sundhedsvidenskabelige forskere med viden om forebyggelse og er desuden blevet pilottestet blandt 7 personer fra udvalgte faggrupper. For formuleringen af de enkelte spørgsmål, se Bilag 1.

2.1.1 Dataindsamlingsproceduren

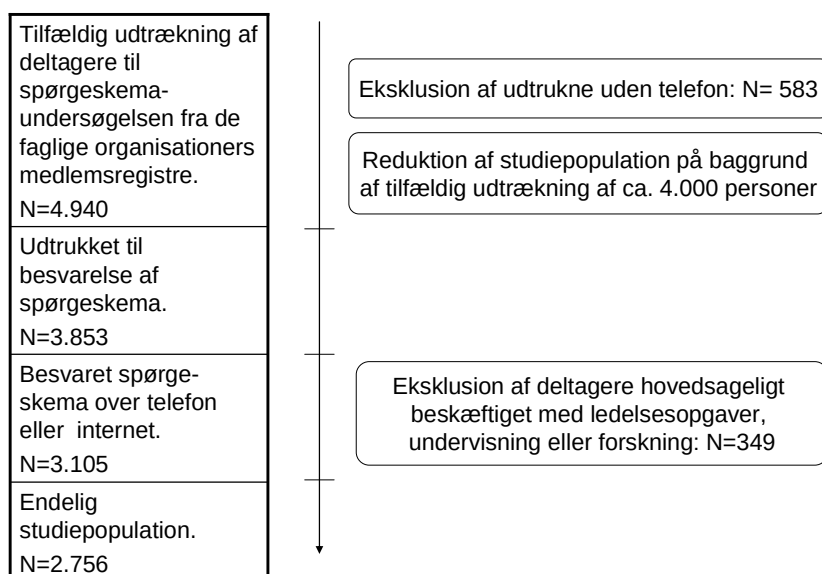
Spørgeskemaer er besvaret af tilfældigt udtrukket sundhedspersonale inden for de udvalgte faggrupper. Spørgeskemabesvareelserne blev indsamlet ved en kombination af internetbaserede og telefonbaserede interview⁴, og dataindsamlingen er gennemført af Rambøll Management.

Som baggrund for dataindsamlingsprocessen indgik overvejelser omkring datamaterialets størrelse i relation til, at nogle former for rådgivningspraksis formodentlig forekom relativt sjældent. Det var eksempelvis forventningen, at rådgivning om alkohol var en praksis, som ville være begrænset i omfang og hyppighed. Det var derfor væsentligt at sikre et relativt stort antal svarpersoner. For at sikre et tilstrækkeligt antal svarpersoner fra alle faggrupper blev det desuden bestemt, at antallet af svarpersoner ikke skulle være proportionalt med antallet af personer i faggruppen på landsplan. Derfor udvalgte omtrent lige mange personer fra hver faggruppe. Antallet af hospitalsansatte læger i undersøgelsen er dog højere end de øvrige faggrupper, idet denne faggruppe rummer flere specialer, og idet muligheden for at kunne analysere forskelle heri gerne ville bevares. De udvalgte faggruppers faglige organisationer⁵ blev kontaktet med henblik på at få adgang til medlemmernes privatadresser og telefonnumre. Samtlige faglige organisationer accepterede dette, og på baggrund af organisationernes medlemsregistre blev der udtrukket en tilfældig stikprøve blandt hver enkelt faggruppe (ca. 8 % af den samlede population af sundhedspersonale). Første kriterium for udvælgelse til besvarelse af spørgeskemaet var, at personen arbejdede inden for det relevante område ifølge foreningernes registre. Da svarpersonerne skulle kunne interviewes via telefon, var andet kriterium for udvælgelse, at personen havde telefon. For de personer, hvor telefonnummeroplysninger ikke fremgik af organisationernes medlemsregistre, blev telefonnummer søgt oplyst hos TDC. Personer uden telefonnummeroplysninger blev ikke kontaktet med henblik på besvarelse af spørgeskemaet. Blandt de tilbageværende svarpersoner blev der foretaget en yderligere tilfældig udtrækning med henblik på at reducere studiepopulation til ca. 4.000 (n=3.853).

Samtlige personer udvalgt til undersøgelsen fik tilsendt et informationsbrev, hvor de blev informeret om undersøgelsens formål, og at de havde mulighed for at besvare spørgeskemaet via Internettet⁶ eller at lade sig interviewe over telefonen. Denne kombination blev valgt for at højne svarprocenten. Sammen med varslingsbrevet var et anbefalingsbrev fra den relevante faglige organisation vedlagt, som opfordrede svarpersonen til at deltage i undersøgelsen. I slutningen af interviewperioden udsendte DSI et ekstra informationsbrev til de praktiserende læger og læger ansat på sygehuse, idet disse to gruppers svarprocent lå betydeligt lavere end de øvrige faggruppers. I dette brev blev lægerne opfordret til at genoverveje deres deltagelse i undersøgelsen med reference til vigtigheden af en høj svarprocent for at styrke undersøgelsens resultater og konklusioner. Læger, der på dette tidspunkt ikke havde besvaret spørgeskemaet, blev herefter ringet op igen og fik tilbud om at besvare spørgeskemaet via Internettet.

Der blev i alt gennemført interview med 3.105 personer. I alt 1.089 personer valgte at besvare spørgeskemaet via Internettet og 2.016 personer valgte at besvare spørgeskemaet via et telefoninterview. Af de 3.853 personer, der blev udvalgt til spørgeskemaundersøgelsen, deltog 738 ikke. De primære årsager til bortfald var, at svarpersonerne ikke ønskede at deltage i undersøgelsen (n=481), eller at de ikke var til at træffe i den periode, der var afsat til undersøgelsen (n=208). Der er ikke gennemført egentlige bortfaldsanalyser, men af Tabel 2.1 fremgår svarprocenten inden for de ti faggrupper. Da rådgivning om sundhedsadfærd kun er en relevant aktivitet for sundhedspersonale ansat i stillinger med en vis grad af patientkontakt blev yderligere 349 personer ekskluderet fra analyserne, da de i spørgeskemaet angav udelukkende at være beskæftiget med ledelsesopgaver, undervisning eller forskning. Dataindsamlingsproceduren fremgår af Figur 2.2.

Figur 2.2 Procedure for indsamling af data i spørgeskemaundersøgelsen



Spørgeskemaundersøgelsens endelige population består af 2.756 personer. Tabel 2.1 viser antallet af personer inden for den enkelte faggruppe på de beskrevne udvælgelsestrin samt svarprocent.

Tabel 2.1 Deltagelse spørgeskemaundersøgelse

Faggruppe	Registrerede medlemmer af faglige org. i 2003	Udtrukket fra faglige org. medlemslister	Udtrukket til interview	Besvaret spørgeskema	Svarprocent	Heraf inkluderet i analysen
Praktiserende læger	3.496	350	346	221	64 %	211
Konsultations-sygeplejersker	2.500	500	344	293	68 %	254
Sundhedsplejersker	1.582	500	348	299	71 %	264
Fysioterapeuter, klinikansatte	1.668	500	336	290	65 %	285
Læger, hospitalsansatte	12.645	1.240	1.151	854	74 %	702
Sygeplejersker, hospitalsansatte	29.929	500	334	293	68 %	250
Jordemødre	1.373	350	327	287	88 %	260
Fysioterapeuter, hospitalsansatte	1.872	500	330	290	65 %	274
SOSU-assistenten, hospitalsansatte	10.201	500	337	278	77 %	256
I alt	65.266	4.940	3.853	3.105	71 %	2.756

2.1.2 Omkodning af variable og dannelsen af skalaer

Som indledning til analyserne af data indsamlet via spørgeskema blev variable med mange svarmuligheder omkodet, så f.eks. 5 til 8 svarmuligheder blev slået sammen til 2 til 3 kategorier. Dette er dels sket med henblik på at gøre tabeller og figurer overskuelige samt med henblik på at undgå svarkategorier med for få respondenter i analyserne. På baggrund af nedenstående spørgsmål er der desuden udviklet to skalaer:

- ◆ En uddannelsesskala på baggrund af spørgsmålet: "Hvornår har du sidst fået undervisning i rådgivning om ... hhv. rygestop, kost, fysisk inaktivitet, overvægt/vægttab, nedsættelse af alkoholforbrug?"
- ◆ En vidensskala på baggrund af spørgsmålet: "Min viden er tilstrækkelig til at kunne rådgive om... hhv. rygestop, kost, fysisk inaktivitet, overvægt/vægttab, nedsættelse af alkoholforbrug?"

Skalaerne angiver et samlet mål for grad af modtaget undervisning og grad af tilstrækkelig viden, hvor hhv. modtaget undervisning i og viden om alle fem former for sundhedsadfærd indgår. Ved konstruktionen af en skala, hvor flere variable indgår, er det vigtigt, at disse variable er indbyrdes korrelerede, dvs. at der er et sammenfald i besvarelserne af de enkelte af skalaernes delspørgsmål. Til kontrol heraf er Cronbach's alpha benyttet. Cronbach's alpha er et udtryk for korrelationen mellem de indgående variable i sammensatte skalaer. En værdi på 0 betyder, at der ikke er nogen sammenhæng mellem variablene, og en værdi på 1 betyder, at sammenhængen er entydig. Man tilstræber normalt, at Cronbach's alpha er større end 0,7, når de indgående variable skal måle samme latente egenskab. I begge skalaer konstrueret til denne

undersøgelse har Cronbach's alpha været høj (0,82 for begge skalaer), hvilket udtrykker, at der er tilfredsstillende indbyrdes korrelation mellem besvarelses af skalaernes enkelte underspørgsmål.

2.1.3 Vægtning af data, statistiske modeller og analyser

Antallet af svarpersoner inden for de enkelte faggrupper er som tidligere nævnt ikke proportionalt med antallet på landsplan, og den enkelte svarpersons udtrækningssandsynlighed har dermed været afhængig af faggruppetilhørsforholdet. I de samlede analyser indgår hver faggruppe derfor med den vægt, som faggruppen udgør i den oprindelige population af sundhedspersonale. I analyser, hvor faggrupperne er betragtet hver for sig, har det imidlertid ikke været nødvendigt at vægte resultaterne, da svarpersonernes udtrækningssandsynlighed inden for de enkelte faggrupper har været den samme.

Associationen mellem hyppighed af rådgivning og de på baggrund af litteraturen udvalgte uafhængige variable er blevet analyseret ved hjælp af survey-statistiske metoder, således at den statistiske usikkerhed beregnes under hensyntagen til, at de enkelte svarpersoner har haft en forskellig udtrækningssandsynlighed i undersøgelsen givet deres faggruppetilhørsforhold.

Associationer mellem en enkelt uafhængig variabel og en afhængig variabel er undersøgt i simple krydstabuleringer. I krydstabellerne er der foretaget χ^2 -test, som er en test for forskel mellem fordelingerne af en variabel mellem forskellige grupper i datasættet, f.eks. fordelingen af patientkontakt på faggrupper eller fordelingen af forskellige rådgivningshyppigheder på sundhedspersonale med eller uden uddannelse. P-værdier er beregnet og angiver sandsynligheden for, at fordelingen mellem grupperne er forskellig. En p-værdi $\leq 0,05$ angiver en signifikant forskel mellem grupperne. I krydstabeller med fordelingen af en variabel på faggrupper er χ^2 -testen foretaget således, at fordelingen inden for hver enkelt faggruppe er sammenlignet med fordelingen blandt alle øvrige faggrupper. P-værdier $\leq 0,05$ angiver således, at fordelingen af variabelen på den pågældende faggruppe er signifikant forskellig fra den samlede fordeling blandt alle øvrige faggrupper. I rapporten præsenteres udvalgte krydstabeller, inklusiv p-værdier og antal besvarelser på de pågældende spørgsmål. Fordelingen af udvalgte variable på faggrupper og i den samlede population er præsenteret i figurer. Baggrundsdata for samtlige figurer er placeret i tabelform i Bilag 3.

Associationer mellem flere uafhængige variable og en afhængig variabel er undersøgt ved brug af multivariate logistiske regressionsanalyser. De multivariate analyser giver mulighed for at vurdere sammenhængen mellem eksempelvis personalets rygevaner og hyppigheden af deres rådgivning om rygestop uafhængigt af andre faktorer, under hensyntagen til eventuelle confoundere. Odds ratio værdier (OR) med tilhørende 95 % konfidensintervaller bruges til at udtrykke f.eks. rygeres tilbøjelighed til en bestemt rådgivningspraksis sammenlignet med tilbøjeligheden i en referencegruppe, f.eks. aldrig-rygere. Odds ratio værdier med tilhørende konfidensintervaller, som ikke indeholder værdien 1, angiver værdier, som er signifikant forskellige fra referencegruppen. I analyserne i denne undersøgelse er der foretaget seks forskellige logistiske regressionsanalyser af associationen mellem følgende afhængige og uafhængige variable, se Tabel 2.2.

Tabel 2.2 Associationer mellem afhængige og uafhængige variable

Afhængige variable	Uafhængige variable
Rådgivning om sundhedsadfærd én time eller mere dagligt	Relevant sundhedsadfærd/helbredsmål i relation til rådgivningsemnet
Daglig rådgivning om rygning	Faggruppe
Daglig rådgivning om kostændringer	Modtaget undervisning i relation til rådgivningsemnet
Daglig rådgivning om fysisk aktivitet	Selvoplevede rådgivningskvalifikationer i relation til rådgivningsemnet
Daglig rådgivning om overvægt/vægttab	Holdning til rådgivning om sundhedsadfærd
Daglig rådgivning om alkohol	Køn
	Alder

I rapporten præsenteres resultaterne af de logistiske regressionsanalyser i teksten, og i Bilag 3 fremgår resultaterne af de samlede analyser, inklusiv odds ratio værdier, 95 % konfidensintervaller og antal svarpersoner inden for de enkelte svarkategorier⁴.

2.1.4 Studiepopulationen

Som afslutning på dette kapitel vil vi i det følgende gennemgå den endelige studiepopulations karakteristika i forhold til køn, alder, daglig patientkontakt og primær patientgruppe.

Der er i alle faggrupper en overvægt af kvinder, de praktiserende læger og speciallægerne undtaget. Aldersfordelingen varierer inden for faggrupperne, idet der er flere i den ældste aldersklasse (≥ 50 år) blandt praktiserende læger, sundhedsplejersker og speciallæger, og flere i den yngste aldersklasse (≤ 39 år) blandt fysioterapeuter, reserve-læger, hospitalsansatte sygeplejersker og jordemødre. Undersøgelsespopulationens køns- og aldersfordeling er angivet i Tabel 2.3.

75 % af svarpersonerne har patientkontakt fra trefjerdedel af en arbejdsdag til hele tiden. Af Figur 2.3 fremgår det, at det er en meget lille andel af den samlede population, der aldrig eller sjældent har patientkontakt, og at sundhedspersonale med meget lille patientkontakt er at finde inden for gruppen af hospitalsansatte læger, hospitalsansatte sygeplejersker samt social- og sundhedsassistenter. Endelig ser det ud til, på baggrund af at der overordnet er en større andel, der har patientkontakt trefjerdedel eller hele tiden i løbet af en arbejdsdag blandt faggrupperne i primær sektor sammenholdt med sekundær sektor.

Svarpersonerne har i gennemsnit 13 patientkontakter i løbet af en arbejdsdag. Praktiserende læger og konsultationssygeplejersker har angivet, at de i gennemsnit har kontakt til hhv. 36 og 30 patienter på en dag, og de skiller sig derved væsentligt ud fra de andre faggrupper ved at have kontakt til mere end dobbelt så mange patienter, som de resterende faggrupper. Sundhedsplejersker, jordemødre og fysioterapeuter er de faggrupper, der gennemsnitligt ser færrest patienter i løbet af en arbejdsdag (hhv. 8, 8 og 9 patientkontakter på en dag). Se Bilag 3 for alle værdier.

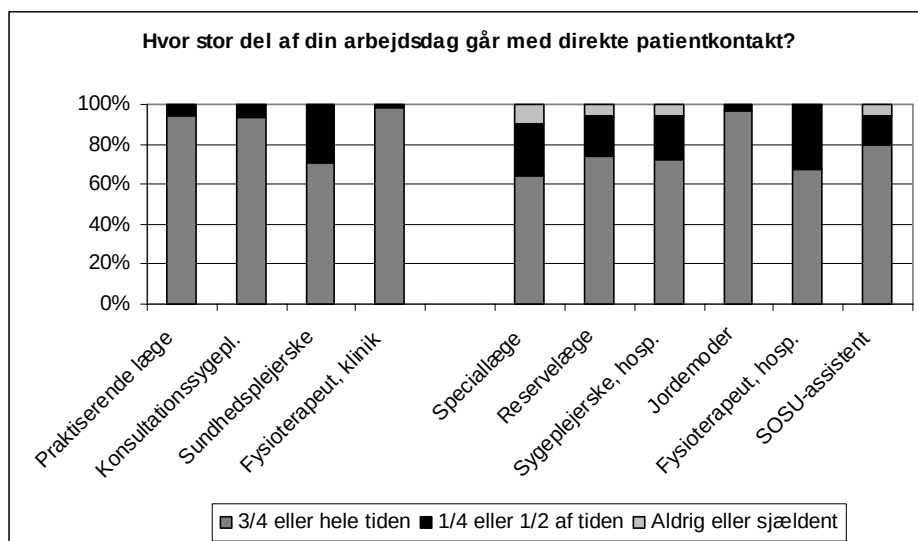
⁴ Ekstern konsulent Hermann Burr har gennemført al statistisk bearbejdning og analyse af data.

Tabel 2.3 Studiepopulationens alders- og kønsfordeling, fordeling på faggrupper

	Køn		Antal	Alder			N
	Mænd (%)	Kvinder (%)		≤39 år (%)	40-49 år (%)	≥50 år (%)	
Praktiserende læger	62	38	211	2	35	63	211
Konsultations- sygeplejersker	0	100	254	16	46	38	254
Sundhedsplejersker	0	100	264	8	43	49	264
Fysioterapeuter, klinikansatte	39	61	285	44	28	28	285
Speciallæger, hospitalsansatte	69	31	395	2	43	55	395
Reservelæger, hospitalsansatte	44	56	307	70	26	4	307
Sygeplejersker, hospitalsansatte	5	95	250	38	35	27	250
Jordemødre	0	100	260	38	32	30	260
Fysioterapeuter, hospitalsansatte	12	88	274	41	33	27	274
SOSU-assistenten, hospitalsansatte	4	96	256	10	36	54	255
I alt*	19	81	2.756	29	35	36	2.755

*Procenter er vægtede. N er uvægtet. En enkelt social- og sundhedsassistent har ikke oplyst sin alder.

Figur 2.3 Grad af daglig patientkontakt fordelt på faggrupper



Tabel 2.4 viser andelen inden for speciallæger, reservelæger, hospitalsansatte sygeplejersker og fysioterapeuter samt social- og sundhedsassistenter, der primært arbejder med hhv. kirurgiske, medicinske eller andre patientgrupper, som f.eks. pædiatri eller obstetrik.

Tabel 2.4 Primær patientgruppe blandt faggrupper i sekundær sektor

Faggruppe	Patientgruppe			N
	Kirurgiske patienter	Medicinske Patienter	Andre patienter	
Speciallæge	43 %	32 %	25 %	201
Reservelæge	34 %	44 %	22 %	216
Sygeplejerske	39 %	33 %	28 %	1.212
Fysioterapeut, hospitalsansat	37 %	32 %	32 %	85
Sosu-assistenter	33 %	36 %	31 %	449
I alt	38 %	35 %	28 %	2.163

P = 0,08

* Procenter er vægtede, N er uvægtet

Blandt speciallæger, sygeplejersker og fysioterapeuter ses en lidt større andel, som primært beskæftiger sig med kirurgiske patienter, mens en lidt større andel blandt reservelægerne beskæftiger sig med medicinske patienter. Blandt social- og sundhedsassistenter ses en jævn fordeling mellem faggrupperne.

2.2 Interviewundersøgelsen

Det kvalitative forskningsinterview giver mulighed for at lade sundhedspersonalet fortælle med egne ord om deres rådgivningspraksis og fremhæve de aspekter ved rådgivningen, som de af forskellige grunde oplever som væsentlige. Dermed er det muligt at analysere rådgivning om sundhedsadfærd, som handlinger der finder sted i en bestemt kontekst. I det kvalitative forskningsinterview indhentes med andre ord beskrivelser af specifikke situationer og handlingsforløb knyttet til sundhedspersonalets dagligdag frem for generelle opfattelser (39). Formålet med interviewundersøgelsen er at supplere resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen.

Interviewene er gennemført som fokusgruppeinterview. Et fokusgruppeinterview er en særlig form for interview, hvor en gruppe ledet af en interviewer diskuterer et begrænset antal emner. Fokusgruppeinterviewet er valgt som dataindsamlingsmetode, idet disse producerer data, som belyser normer for gruppers handlinger (40). Ved at interviewe sundhedspersonale i en fokusgruppe er det sandsynligt, at de professionelle opfattelser af rådgivning om sundhedsadfærd kommer tydeligt i spil. De forskelle og ligheder, der findes i deltagerne meninger og erfaringer, kan i højere grad komme til udtryk, når interviewpersonerne har mulighed for at diskutere med hinanden, end det er tilfældet, når udsagn fra enkeltmandsinterview sammenholdes. Ligeledes foregår der i fokusgruppeinterview en kontrol i forhold til eksterne eller usande oplysninger fra de øvrige informanter. Modsat kan fokusgruppeinterview have den ulempe, at antallet af spørgsmål må begrænses, og at veltalende respondenter kommer til at dominere interviewet. Sidstnævnte problematik kan imidlertid afhjælpes, hvis intervieweren formår at opmuntre deltagerne til at fortælle om og diskutere deres meninger og vurderinger samt stimulere en interaktion i gruppen, der fremmer villighed til at fortælle (41).

Som forarbejde til interviewene er der udarbejdet en interviewguide, se Bilag 2.

Interviewguiden er struktureret således, at en af deltagerne indledningsvist bliver bedt om at beskrive en konkret rådgivningssituation om rygning, kost, fysisk aktivitet,

overvægt eller alkohol, som vedkommende for nylig havde haft med en patient. Med udgangspunkt i den beskrevne rådgivning initieres fokusgruppediskussionen. Intervieweren styrer diskussionen således, at der opnås beskrivelser af konkrete rådgivningssituationer og de forhold, som interviewpersonerne oplever har indflydelse på disse, f.eks. rådgivningskompetencer, henvisningsmuligheder og ledelsesmæssig opbakning. Derudover styrer intervieweren diskussionen til at nå rundt om forhold med betydning for, at sundhedspersonalet initierer rådgivning, for hvilken type og hvor omfattende en rådgivning de udøver. Interviewguiden fungerer således som en slags rettesnor, der sikrer, at undersøgelsens emner dækkes, men lader samtidig diskussionen være formet af interviewpersonerne selv og de emner, som den konkrete faggruppe finder væsentligst.

2.2.1 Interviewpersoner

Projektets rammer har betydet, at vi har været nødt til at gennemføre interview med hospitalsansatte sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter samlet. Mange af de to faggruppers arbejdsopgaver er tæt relaterede, og en tidligere DSI-rapport viser, at de to faggruppers opfattelse af deres rolle i det forebyggende arbejde og deres holdninger hertil er meget lig hinanden (32). Ligeledes viser spørgeskemaundersøgelsen i denne rapport, at social- og sundhedsassistenter og de hospitalsansatte sygeplejerskers rådgivningspraksis har mange ligheder. På tilsvarende måde er hospitalsansatte speciallæger og reservelæger interviewet samlet. Vi har desuden valgt at interviewe de involverede faggrupper i sekundær sektor på henholdsvis en kirurgisk og en medicinsk afdeling, da såvel litteratur som spørgeskemaundersøgelsen peger på, at speciale og patientgruppe har betydning for personalets rådgivningspraksis.

Tabel 2.5 Interviewpersoner i de 16 fokusgruppeinterview

Faggruppe	<i>Sygehus A (Sjælland)</i>	<i>Sygehus B (Jylland)</i>	<i>Sygehus C (Jylland)</i>
Jordemødre	4 jordemødre		3 jordemødre
Fysioterapeuter, hospitalsansatte	4 fysioterapeuter	3 fysioterapeuter	
	<i>Medicinsk afd.</i>	<i>Organkirurgisk afd.</i>	
Speciallæger og reservelæger	4 speciallæger	6 speciallæger	
	2 reservelæger	5 reservelæger	
Sygeplejersker & social- og sundhedsassistenter	5 sygeplejersker	4 sygeplejersker 4 SOSU-assistenter	
	<i>Kommune A (Sjælland)</i>	<i>Kommune B (Jylland)</i>	<i>Kommune C (Jylland)</i>
Fysioterapeuter, klinikansatte	4 fysioterapeuter	3 fysioterapeuter	
Praktiserende læger	3 praktiserende læger 2 praksisreservelæger	5 praktiserende læger	
Konsultationssygeplejersker	5 konsultations- sygeplejersker		4 konsultations- sygeplejersker
Sundhedsplejersker	7 sundhedsplejersker	6 sundhedsplejer- sker	

I samarbejde med Sundhedsstyrelsen har vi udvalgt en medicinsk afdeling på et sygehus i Østdanmark (Sygehus A) og en organkirurgisk afdeling på et sygehus i Vestdanmark (Sygehus B) for at opnå en vis geografisk spredning. Udvælgelsen af de to sygehuse har desuden været betinget af, at de har en fødeafdeling og et genoptræ-

ningssafsnit, således at jordemødre og fysioterapeuter er repræsenteret på sygehusene. På sygehus B var fødeafdelingen imidlertid blevet nedlagt, og vi etablerede i stedet kontakt til en anden fødeafdeling på et nærliggende sygehus (sygehus C). Interviewpersonerne fra faggrupperne i primær sektor er udvalgt inden for de to kommuner (kommune A og B), hvor henholdsvis sygehus A og sygehus B er placeret. I kommune B viste der sig imidlertid at være få konsultationssygeplejersker, hvorfor vi valgte at kontakte konsultationssygeplejersker i den kommune (kommune C), hvor fødeafdelingen på sygehus C ligger placeret. På hvert sygehus og i hver kommune er der gennemført ét fokusgruppeinterview med hver faggruppe svarende til i alt 16 interview, se Tabel 2.5.

2.2.2 Kodning og analyse af interview

Den indledende bearbejdning af fokusgruppeinterviewene består i en transskribering af de optagede interviews i deres fulde længde. Alle interviews er dernæst kodet ved hjælp af softwareprogrammet Nvivo. I den første analysefase er materialet kodet i overensstemmelse med delundersøgelsens overordnede temaer med en supplerende åben kodning af materialet, hvor interessante emner eller temaer dukker op. I denne fase er interviewene analyseret i en såkaldt selvforståelseskontekst, hvilket vil sige, at interviewpersonernes beskrivelse af deres rådgivningspraksis er i centrum (39). Fortolkningen holder sig til en forståelse af interviewpersonernes perspektiv på rådgivningen og befinder sig således primært på det deskriptive niveau. I anden analysefase er materialet fortolket mere dybdegående ud fra en kritisk common sense-tilgang. Her omfatter fortolkningen en bredere forståelsesramme end interviewpersonernes egen, og fortolkeren forholder sig kritisk til interviewpersonernes udsagn. I denne analysefase er der fokus på at komme bagom emnerne i den rådgivningspraksis, interviewpersonerne har beskrevet (39, s. 211-212).

3. Hvor ofte rådgiver sundhedspersonalet?

Praktiserende lægers rådgivning om rygning er tidligere blevet undersøgt af Egsmose (1971), Mabeck (1989) og Christensen (1993) (42-45). Til gengæld er der ikke udført undersøgelser, der systematisk kortlægger andre faggruppers rådgivningsindsats i relation til en eller flere sundhedsadfærd. Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse gennemførte i 2000 en spørgeskemaundersøgelse med det formål at kortlægge forebyggelsesaktiviteterne på danske sygehuse (46); og Willaing har i en spørgeskemaundersøgelse blandt alle ansatte på Frederikssund Sygehus i 2000 blandt andet undersøgt, hvor ofte sundhedspersonalet rådgiver om rygestop (14). Undersøgelserne beskæftiger sig med sygehuspersonale generelt, og kan desuden på grund af deres udformning ikke bruges som direkte sammenligningsgrundlag, i relation til hvor hyppigt sundhedspersonalet rådgiver om sundhedsadfærd. I denne undersøgelse har hensigten været at kortlægge rådgivningsindsatsen blandt et bredere spektrum af sundhedspersonale både i den primære og den sekundære sundhedssektor, og i det følgende beskrives og diskuteres resultaterne heraf. Hvor ofte – og om hvad – sundhedspersonalet rådgiver, hænger blandt andet sammen med, hvilken systematik de lægger til grund for deres rådgivningsindsats, og hvor integreret rådgivning er i deres daglige arbejde. Derfor analyserer vi også disse aspekter på baggrund af resultater fra både spørgeskema- og interviewundersøgelsen, inden kapitlet afrundes med en sammenfatning og diskussion.

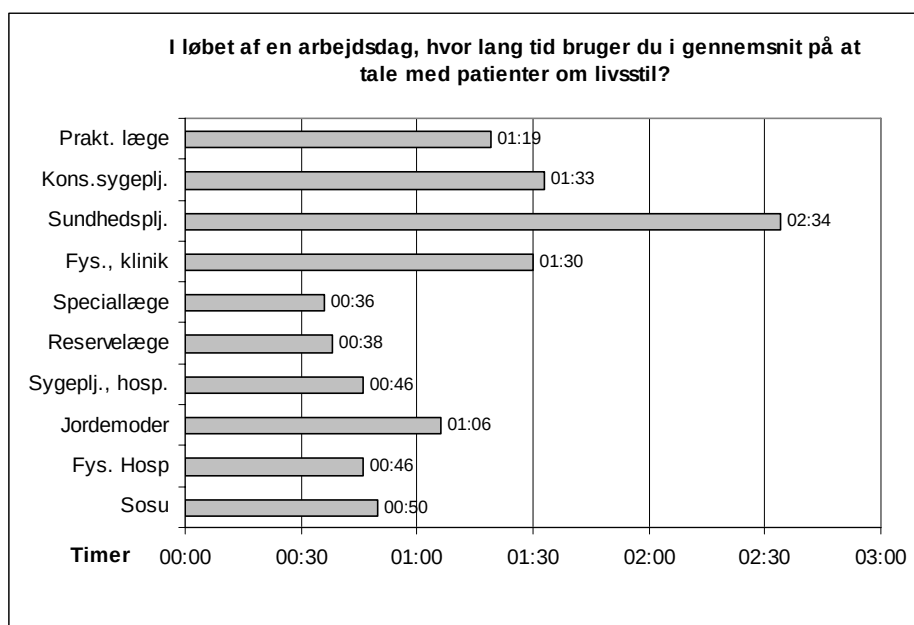
3.1 Omfang af rådgivning om sundhedsadfærd

Svarpersonerne har angivet, at de i gennemsnit bruger mellem ½ time til 2 ½ time dagligt på rådgivning om sundhedsadfærd. Sundhedsplejersker er den faggruppe, der bruger mest tid på rådgivning om sundhedsadfærd, idet de bruger ca. 2 ½ time dagligt, hvor speciallæger og reservelæger bruger ½ time dagligt på rådgivning i gennemsnit. Personale ansat i den sekundære sektor bruger markant mindre tid på rådgivning end personale ansat i den primære sektor. Jordemødre er den faggruppe i den sekundære sektor, som bruger mest tid på rådgivning, men de bruger ca. et kvarter mindre end de praktiserende læger, som er den faggruppe i den primære sektor, der bruger mindst tid på rådgivning om sundhedsadfærd, se Figur 3.1.

I den logistiske regressionsanalyse af sammenhængen mellem en række variable og rådgivning mere end en time dagligt ser man som i Figur 3.1, at faggruppe er et betydningsfuldt parameter. I regressionsanalyserne er praktiserende læger anvendt som referencegruppe, dvs. med en på forhånd defineret odds ratio værdi = 1 i alle analyser. Af regressionsanalyserne fremgår det, at sundhedsplejersker (OR = 5,2 [3,0-9,0]) er den faggruppe, hvor rådgivning mere end en time dagligt er oftest forekommende.

Også blandt klinikansatte fysioterapeuter er rådgivning om sundhedsadfærd mere end en time dagligt hyppigt forekommende (OR=1,9 [1,2-3,1]) og signifikant forskelligt fra de praktiserende læger, hvor konsultationssygeplejerskernes rådgivning i denne analyse ikke adskiller sig fra de praktiserende læger.

Figur 3.1 Sundhedspersonalets daglige tidsforbrug på rådgivning om sundhedsadfærd

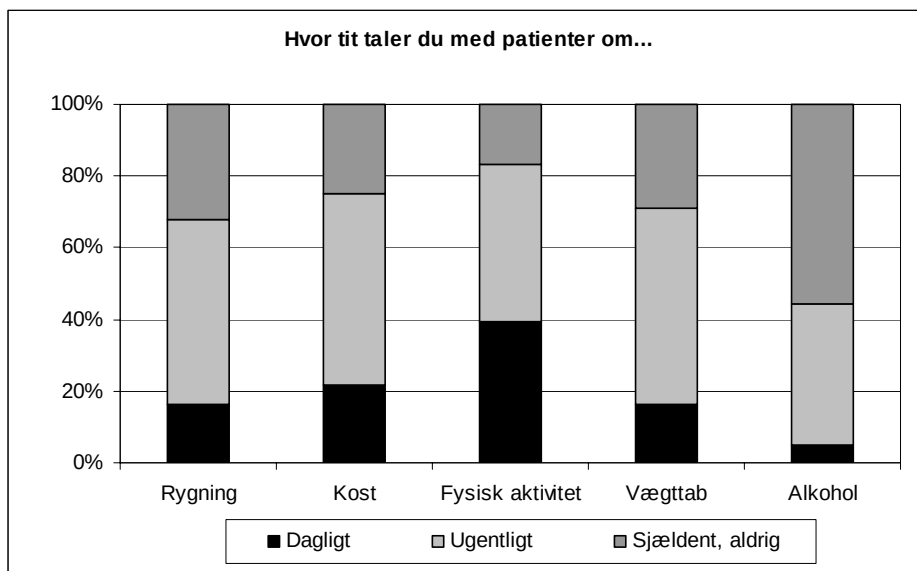


Blandt faggrupperne i den sekundære sektor ses en odds ratio under 1, hvilket indikerer at rådgivning mere end en time dagligt er sjældnere forekommende blandt disse faggrupper end de praktiserende læger. Signifikant forskel fra lægerne ses imidlertid kun blandt speciallæger ($OR=0,4$ [0,2-0,6]) og reservelæger ($OR=0,3$ [0,2-0,5]). De forskelle, som umiddelbart ses af figur 4, genfindes således også, når der tages højde for andre forhold som rådgivningskompetencer, køn og alder. Se Bilag 3 for alle værdier i de gennemførte logistiske regressionsanalyser.

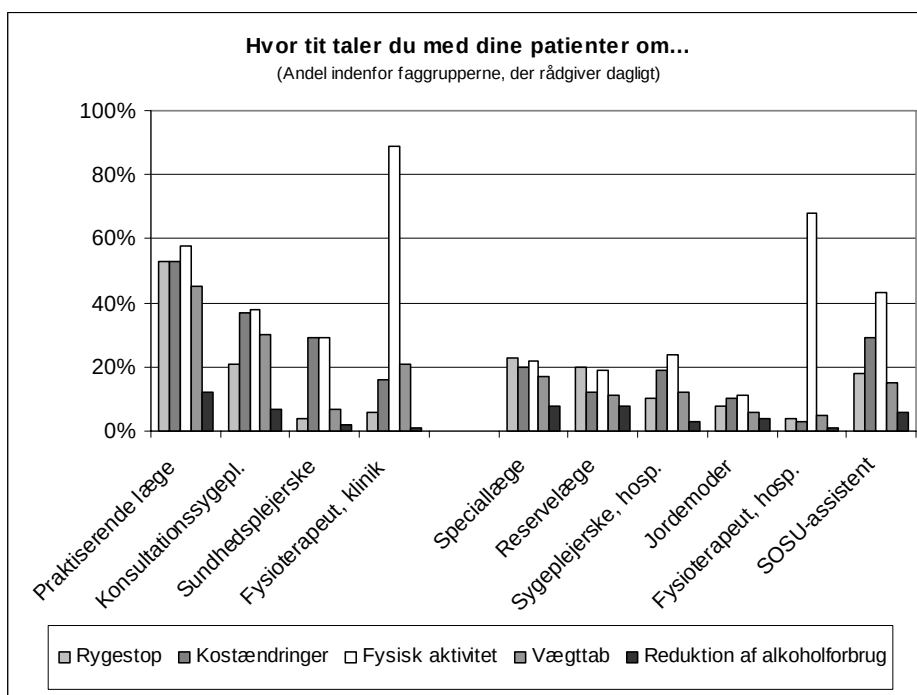
Rådgivning om fysisk aktivitet og kost synes at være hyppigst forekommende blandt sundhedspersonalet, idet hhv. 39 og 22 % angiver at rådgive dagligt om disse emner, se Figur 3.2. 16 % taler dagligt med deres patienter om rygestop og vægttab, og 5 % rådgiver dagligt om reduktion af alkoholforbrug. Omvendt har hhv. 17 og 25 % af den samlede studiepopulation svaret, at de aldrig eller sjældent rådgiver om kostændringer og fysisk aktivitet. Ca. 30 % har svaret, at de aldrig eller sjældent rådgiver om rygning og vægttab, og 56 % har svaret, at de aldrig eller sjældent rådgiver om alkohol. Figur 3.3 viser den procentvise andel inden for de ti faggrupper, der rådgiver dagligt om de fem former for sundhedsadfærd. De praktiserende læger er den faggruppe, hvor den største andel rådgiver dagligt om alle fem emner med undtagelse af fysisk aktivitet. Klinik- såvel som hospitalsansatte fysioterapeuters rådgivningspraksis skiller sig ud ved, at en markant større andel (hhv. 98 og 68 %) rådgiver dagligt om fysisk aktivitet, hvorimod relativt få fysioterapeuter rådgiver dagligt om de øvrige former for sundhedsadfærd. Klinikansatte fysioterapeuters rådgivningspraksis synes dog at være karakteriseret ved, at en større andel rådgiver dagligt om kostændringer og vægttab sammenlignet med de hospitalsansatte fysioterapeuter. Konsultationssygeplejerskerne fremstår, som de praktiserende læger, som en faggruppe, hvor en stor andel rådgiver dagligt om alle fem sundhedsadfærdsemner. Der er dog i denne faggruppe færre, der dagligt rådgiver, end blandt de praktiserende læger. 30 % af sundhedsplejerskerne rådgiver

dagligt om kost og fysisk aktivitet, hvor der på områderne rygestop, overvægt og alkoholforbrug kun er en lille andel af sundhedsplejerskerne, der rådgiver dagligt (<10 %).

Figur 3.2 Hyppighed af rådgivning om hhv. kost, fysisk aktivitet, vægttab og reduktion af alkoholforbrug i den samlede studiepopulation



Figur 3.3 Andel inden for faggrupperne, der dagligt rådgiver om hhv. rygestop, kostændringer, fysisk aktivitet, vægttab og reduktion af alkoholforbrug



Blandt faggrupperne i den sekundære sektor ses generelt færre, der rådgiver dagligt om alle fem former for sundhedsadfærd sammenlignet med de respektive faggrupper i den primære sundhedssektor. Social- og sundhedsassistenter adskiller sig imidlertid fra dette billede ved, at relativt mange har angivet at rådgive dagligt om alle emner, og i et mønster svarende til konsultationssygeplejerskerne. Blandt de hospitalsansatte læger og hospitalsansatte sygeplejersker er daglig rådgivning inden for emnerne rygning, kost, fysisk aktivitet og overvægt forekommende blandt halvt så mange som blandt hhv. praktiserende læger og konsultationssygeplejersker. Daglig rådgivning om alkohol er som nævnt kun forekommende blandt ca. 5 % af den samlede studiepopulation. Alle lægegrupper uanset sektor skiller sig imidlertid ud på dette område ved, at ca. 10 % rådgiver dagligt om alkohol. Under 10 % af jordemødrene rådgiver dagligt om alle former for sundhedsadfærd og adskiller sig derved fra sundhedsplejerskerne ved, at markant færre rådgiver dagligt om kost og fysisk aktivitet.

I de logistiske regressionsanalyser af sammenhængen mellem en række variable og daglig rådgivning om hhv. rygestop, kostændringer, vægttab, fysisk aktivitet og alkohol ses det, at odds ratioen for daglig rådgivning om rygestop og kostændringer er signifikant lavere blandt alle faggrupper sammenlignet med de praktiserende læger. Det samme observeres for daglig rådgivning om overvægt/vægttab, dog er forskellen i odds ratioen mellem praktiserende læger og konsultationssygeplejerskerne ikke signifikant. Daglig rådgivning om fysisk aktivitet forekommer som vist ovenfor blandt en større andel fysioterapeuter, og i den logistiske regressionsanalyse ses ligeledes højere odds ratio værdier blandt både klinikansatte fysioterapeuter ($OR = 5,0 [3,0-8,4]$) og hospitalsansatte fysioterapeuter ($OR = 1,7 [1,1-2,8]$) end blandt de praktiserende læger. På alkoholområdet viser den logistiske regressionsanalyse til forskel fra ovenstående, at odds ratio for daglig rådgivning er signifikant mindre i samtlige faggrupper inklusiv special- og reservelæger sammenlignet med de praktiserende læger. Desuden viser denne analyse, at reserve- og speciallæger ikke adskiller sig signifikant fra de øvrige faggrupper.

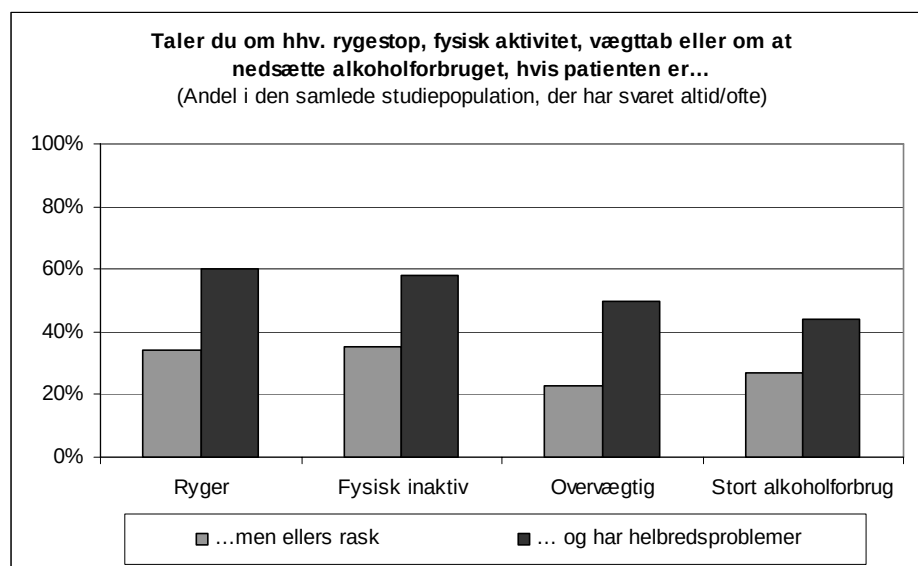
I det foregående har vi opgjort sundhedspersonalets rådgivningsindsats på hhv. det daglige tidsforbrug på rådgivning om sundhedsadfærd og på rådgivning dagligt, ugentligt eller sjældnere. Disse mål for omfang og hyppighed er naturligvis et udtryk for, hvor aktivt sundhedspersonalet er i forhold til at udøve rådgivning om sundhedsadfærd. Omfanget af rådgivning må dog også formodes at være betinget af, hvilke patientgrupper sundhedspersonalet er i kontakt med, og hvor hyppigt uhensigtsmæssig livsstil er at finde inden for disse. Jordemødre og sundhedsplejersker tilser eksempelvis primært raske og yngre patientgrupper, som opsøger sundhedsvæsenet i forbindelse med graviditet eller med henblik på sundhedstjek af et som oftest raskt barn. Andre faggrupper, såsom praksis- og sygehuspersonale, tilser oftest syge patienter, hvor sygdommen kan være direkte relateret til patientens sundhedsadfærd. Fysioterapeuterne tilser patienter, der skal genoptrænes eller har brug for at øge deres fysiske aktivitetsniveau. De forskelle i omfang af rådgivning faggrupperne imellem, som vi har observeret i det foregående, er med andre ord i en vis udstrækning også en konsekvens af de patientgrupper, som faggruppen primært tilser.

3.2 Systematisk rådgivning

I kombination med karakteristika ved den primære patientgruppe må den systematik den enkelte sundhedsperson ligger til grund for sin rådgivningsindsats ligeledes have indflydelse på hyppighed og omfang af rådgivning. Rådgivning om sundhedsadfærd anskues i denne rapport som en praksis, der rummer både primær, sekundær og tertiær forebyggelse, og systematisk rådgivning om sundhedsadfærd kan med udgangspunkt heri defineres forskelligt afhængigt af målet med indsatsen. Er der en målsætning om primær forebyggelse, kan systematisk rådgivning defineres som en kortlægning af alle patienters sundhedsadfærd og efterfølgende tilbud om rådgivning om adfærdsændringer uanset patientens helbredsstatus. Er målet derimod sekundær eller tertiær forebyggelse, kan systematisk rådgivning defineres som rådgivning om sundhedsadfærd i tilfælde, hvor patienten har bestemte symptomer eller en diagnose relateret til en given sundhedsadfærd.

I spørgeskemaundersøgelsen er sundhedspersonalet blevet bedt om at svare på, om de altid, sjældent eller aldrig rådgiver patienter med potentielt sundhedsskadelig sundhedsadfærd, afhængig af om patienten endnu er rask eller har en diagnose relateret til den pågældende sundhedsadfærd. På dette spørgsmål har 34 % af den samlede studiepopulation angivet, at de altid rådgiver rygende, men raske patienter om rygestop. 35 % angiver, at de altid rådgiver fysisk inaktive, men raske patienter om fysisk aktivitet, og hhv. 23 og 27 % har angivet, at de altid rådgiver raske patienter om hhv. overvægt og alkohol, se Figur 3.4.

Figur 3.4 Rådgivning om sundhedsadfærd i den samlede studiepopulation, afhængig af om patienten er rask eller har helbredsproblemer

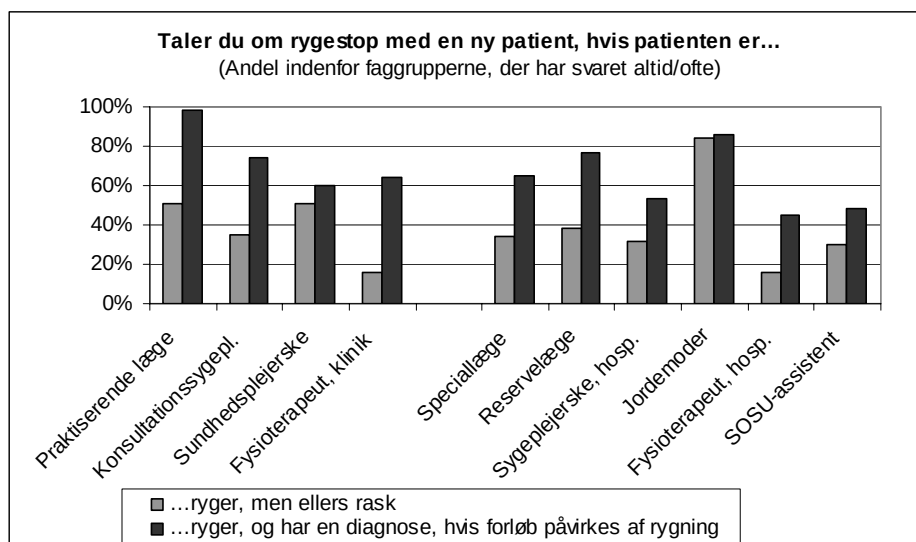


Figur 3.5 viser også, at når sundhedspersonalet kommer i kontakt med en patient med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, og som har en diagnose relateret til den pågældende sundhedsadfærd, så stiger andelen blandt personalet, der altid rådgiver om sundhedsadfærd. Således angiver hhv. 60 og 58 % af den samlede studiepopulati-

on, at de altid rådgiver patienter med hhv. en rygerelateret diagnose eller en diagnose relateret til fysisk inaktivitet om rygestop og fysisk aktivitet. 50 % har angivet, at de altid rådgiver patienter med en vægtrelateret diagnose om vægttab, og 44 % har angivet, at de altid rådgiver patienter med en diagnose relateret til et stort alkoholforbrug om nedsættelse af forbruget.

Betydningen af patienternes helbredsstatus på sundhedspersonalets rådgivningsindsats varierer i nogen grad mellem faggrupperne. Figur 3.5 illustrerer andelen inden for faggrupperne, der har angivet, at de altid rådgiver om rygestop i kontakten med en rygende patient med eller uden en relateret diagnose.

Figur 3.5 Andel inden for faggrupperne, der rådgiver om rygestop afhængig af, om patienten er rask eller har en rygerelateret diagnose



I alle faggrupper ses det, at andelen der angiver, at de altid rådgiver om rygestop til patienter med en diagnose, hvis forløb påvirkes af rygning, er større, end andelen der har angivet, at de rådgiver raske, men rygende patienter. Jordemødre skiller sig imidlertid ud ved, at mere end 80 % rådgiver en rygende patient om rygestop, uanset om patienten har en rygerelateret diagnose eller ej. Samme tendens ses blandt sundhedsplejerskerne, hvor ca. 50 % har svaret, at de altid rådgiver om rygestop til patienter, der ryger, men som ellers er raske, mens 60 % altid rådgiver en patient, der ryger, og som har en relateret diagnose. Jordemødre og sundhedsplejersker er ikke bare de faggrupper, hvor helbredsstatus er af mindst betydning, men også blandt de faggrupper, hvor systematisk rådgivning til raske rygere er oftest forekommende. Dette kan som tidligere nævnt ses i relation til de patientgrupper, som disse faggrupper tilser. Blandt de øvrige faggrupper ses markante forskelle i rådgivningspraksis i relation til raske rygere og rygere med relateret diagnose. Specielt blandt fysioterapeuterne har relativt få (16 %) angivet, at de altid rådgiver en rask patient om rygestop sammenlignet med de øvrige faggrupper. Til gengæld tre- eller firedobles andelen af fysioterapeuter, der har angivet, at de altid rådgiver en rygende patient, når patienten har en relateret diagnose. Som tidligere beskrevet adskiller de praktiserende læger sig ved, at en stor andel rådgiver dagligt om sundhedsadfærd sammenlignet med de øvrige

faggrupper. I relation til systematisk rådgivning af rygere uden en rygerrelateret diagnose, rådgiver 50 % af de praktiserende læger altid, og adskiller sig derved ikke lige så markant fra de øvrige faggrupper som tidligere observeret. Derimod har en markant større andel af de praktiserende læger sammenlignet med de øvrige faggrupper (98 %) angivet, at de altid rådgiver en patient om rygestop, hvis vedkommende har en rygerrelateret diagnose.

Ser man på betydningen af patientens helbred på sundhedspersonalets rådgivningspraksis i relation til fysisk aktivitet, overvægt og alkohol, ser man et mønster svarende til det beskrevet ovenfor. Patienter med en diagnose relateret til den aktuelle sundhedsadfærd vil med større sandsynlighed blive rådgivet om hhv. fysisk aktivitet, vægttab eller nedsættelse af alkoholforbrug sammenlignet med en patient med samme sundhedsadfærd, men med helbredsproblemer. Jordemødre og sundhedsplejersker skiller sig fortsat ud ved, at større andele altid rådgiver endnu raske patienter sammenlignet med de øvrige faggrupper, og at denne andel ikke forøges i samme grad, som det ses blandt de øvrige faggrupper ved patienter med helbredsproblemer. I relation til fysisk inaktive patienter markerer både hospitals- og klinikansatte fysioterapeuter sig ved, at mere end to tredjedele altid rådgiver endnu raske, men fysisk inaktive patienter. I relation til rådgivning om alkohol markerer praktiserende læger, såvel som speciallæger, reserve-læger, sundhedsplejersker og jordemødre sig ved, at 40 % eller mere rådgiver endnu raske patienter, hvilket er mere end dobbelt så mange, som i de resterende faggrupper.

Interviewundersøgelsen har også søgt at belyse, hvilken systematik sundhedspersonalet ligger til grund for deres rådgivningsindsats, og desuden hvilke forventninger personalet oplever, at der eksisterer til en systematisk rådgivningsindsats.

Analysen af interviewmaterialet identificerer to tilgange til rådgivning om sundhedsadfærd blandt det interviewede sundhedspersonale, som bygger på hver sin systematik. Vi har valgt at kalde dem en diagnostisk tilgang til rådgivning og en kortlæggende tilgang til rådgivning. Den diagnostiske tilgang til rådgivning tager udgangspunkt i en klinisk og social vurdering eller diagnose af patienten, som svarer til den kliniske praksis, som sundhedspersonale oplæres i, uanset om de er fysioterapeuter, sygeplejersker eller læger, og som benyttes i forbindelse med diagnose og behandling af sygdom. Således tænker nogle af interviewpersonerne også 'diagnostisk' i relation til rådgivning, i den forstand at de foretager en samlet vurdering af patienten på baggrund af patientens helbredstilstand, motivation for adfærdsændringer, viden og mentale tilstand. Det er på baggrund af denne vurdering, at interviewpersonerne beslutter, hvorvidt patienten skal rådgives i den aktuelle situation eller ej, og hvilken slags rådgivning de mener, at patienten har behov for. Denne tilgang til rådgivning bygger på en forståelse af rådgivning, der indebærer, at der ved hver enkelt patient skal foretages individuelle vurderinger af, hvorvidt patienten kan og skal modtage rådgivning om sundhedsadfærd. Således er det ikke udelukkende med udgangspunkt i en konstatering af patientens sundhedsadfærd eller helbredstilstand, at sundhedspersonalet beslutter at rådgive – denne viden indgår sammen med de øvrige oplysninger om patienten, og beslutningen om en konkret rådgivningsindsats træffes på baggrund af en helhedsbetragtning. Den "diagnostiske" vurdering påvirkes dog i høj grad af det rådgivningsmiljø, som den enkelte indgår i. F.eks. inddrager nogle interviewpersoner muligheden for at give patienten konkret hjælp i form af henvisningstilbud, i deres vurdering af om de skal initiere

rådgivning. Andre interviewpersoner inddrager forventninger om, at andet sundhedspersonale varetager rådgivning om sundhedsadfærd.

I kontrast til den diagnostiske tilgang kan der i analysen identificeres en anden gruppe af interviewpersoner, som benytter det, som kan kaldes en kortlæggende tilgang til rådgivning. Disse interviewpersoner tilsidesætter ikke deres diagnostiske vurdering af patienten, men de bruger den i kombination med systematiske spørgsmål til patienten om sundhedsadfærd og holdning til at modtage rådgivning. Deres rådgivningspraksis er karakteriseret ved en screening eller kortlægning af patienternes sundhedsadfærd og motivation for yderligere rådgivning:

”Det er vi jo nødt til at finde ud af ved hver eneste patient. Og den eneste måde vi kan finde ud af det på, er ved at spørge dem om de ryger eller de drikker, og så se på dem om de er for tykke, og så spørge dem, om de er klar til at snakke om det. Og det kan både være overvægt og tobak og alkohol, og hvad der ellers kunne være. Og så er der også nogle, der, som X også fortæller, er fuldstændig afvisende og nærmest bliver sure bare man spørger om de ryger. Men vi er nødt til at spørge dem, for at finde ud af hvor de står.”

Reservelæge

Andre interviewpersoner benytter også en kortlæggende rådgivningspraksis, men det hænger i højere grad sammen med, at de indgår i et rådgivningsmiljø, hvor værktøjer som f.eks. indlæggelsesskemaer skaber rammerne for en systematisk kortlægning af patienternes sundhedsadfærd. Disse interviewpersoner er i højere grad blevet pålagt en kortlæggende tilgang frem for aktivt selv at have valgt den til. Ved at institutionalisere kortlægningen af sundhedsadfærd i et skema, gøres kortlægningen af patientens sundhedsadfærd til ”sundhedsvæsenets spørgsmål”. Derved opnås ifølge interviewpersonerne blandt andet, at sundhedspersonalet kan distancere sig fra den handling, det er at bringe patientens livsstil på banen, i og med at det i højere grad er sundhedsvæsenets valg, frem for et valg den enkelte sundhedsprofessionelle træffer. Det gør det lettere at håndtere patienter, som opfatter livsstil som tilhørende privatsfæren og den enkeltes ret til selv at vælge livsstil.

”Jeg plejer at åbne ballet med at sige, at jeg er blevet pålagt, og det gør vi i amtet, og det er simpelthen et rigtig godt arbejdsredskab til, at man kan lave nogle undersøgelser [...] Nå, okay, jamen så er det jo bare derfor hun spørger om alle de ting, selvom det kan virke som enormt mange spørgsmål. Det er jeg blevet pålagt, så falder folk lidt til ro og tænker, nå men det var da egentlig meget smart.”

Sundhedsplejerske

Interviewundersøgelsen viser således, at der indgår andre elementer end patientens helbredstilstand i den systematik, som sundhedspersonalet ligger til grund for deres rådgivningspraksis. Der er bl.a. uenighed om, hvorvidt det er de syge, de motiverede eller dem der selv beder om det, der skal modtage rådgivning. Interviewpersonerne

opererer med forskellige opfattelser af, hvad der udgør en systematisk rådgivningsindsats.

Et andet aspekt ved systematisk rådgivning, som kommer til udtryk i interviewundersøgelsen, og som ligger i forlængelse af de resultater, vi har beskrevet i dette kapitel, er, at der er uklarhed blandt sundhedspersonalet om, hvilke overordnede forventninger der er til deres rådgivningsindsats og den systematik, hvormed den skal udøves. En uklarhed som også blandt nogle interviewpersoner giver anledning til en modstand mod det, de opfatter som urimelige krav om en systematisk rådgivningsindsats. F.eks. har nogle interviewpersoner en opfattelse af systematisk rådgivning som identisk med, at de skal rådgive om sundhedsadfærd uden hensyntagen til patientens situation eller konteksten i øvrigt. Mange af de personer, som sundhedspersonalet møder, er på den ene eller anden måde i en kritisk situation. En beslutning om at rådgive en patient om sundhedsadfærd er, ifølge interviewpersonerne, på mange måder det samme som at bede patienten om at tage sin livsstil op til revision, og det kan derfor være både krævende og stressende for patienten at skulle forholde sig til denne type spørgsmål. Derfor kræver respekten for patienten, at sundhedspersonalet afvejer, om det er rimeligt at bede patienten om at indgå i denne type overvejelser, jf. den tidligere beskrevne diagnostiske praksis. Nogle af interviewpersonerne provokeres derfor af spørgsmål om en systematisk rådgivningsindsats, idet de sidestiller det med et krav om, at alle patienter, uden hensyntagen til den konkrete situation, skal rådgives om sundhedsadfærd.

”Du har jo en faktuel viden, der siger, at det her det medfører... altså du kan kvantificere tingene og sige, hvis du ryger så meget, jamen så er risikoen sådan og sådan. Det kan du fortælle folk, men nu er der bare det ved det, at for at du skal eliminere den risiko, så skal du have været røgfri og sprutfri i tre måneder [før operationen], før din risiko er elimineret, og den tidsfaktor den har du ikke at operere med. Derfor så påfører du folk det traume ved at sige til dem, at du er godt klar over din elendige ryger, at fordi du ryger så meget, så er din risiko så og så meget større. Det eneste der mangler nu, det er, at Sundhedsstyrelsen giver ret til, at hvis du får et anastomose lækage, det er, at lægen kommer ind med hænderne i siden og siger: ”Ha, hvad sagde jeg! Så kan de fandeme lære, at holde op med at ryge.”

Speciallæge

Nogle interviewpersoner opfatter også systematisk rådgivning af alle patienter som grænseoverskridende i forhold til patientens privatsfære, og som uforeneligt med sundhedspersonalets primære ærinde, nemlig at sørge for at patientens tilstand bedres eller lettes. De oplever med andre ord, at de sætter grænsen for rådgivning om sundhedsadfærd et andet sted end de overordnede myndigheder. Det er her væsentligt at gøre opmærksom på, at et sådant krav ikke er formuleret, men at det er interviewpersonernes oplevelse, at der eksisterer nogle krav til systematisk rådgivning, som er uforenelige med sundhedspersonalets egen etik og øvrige arbejdsopgaver.

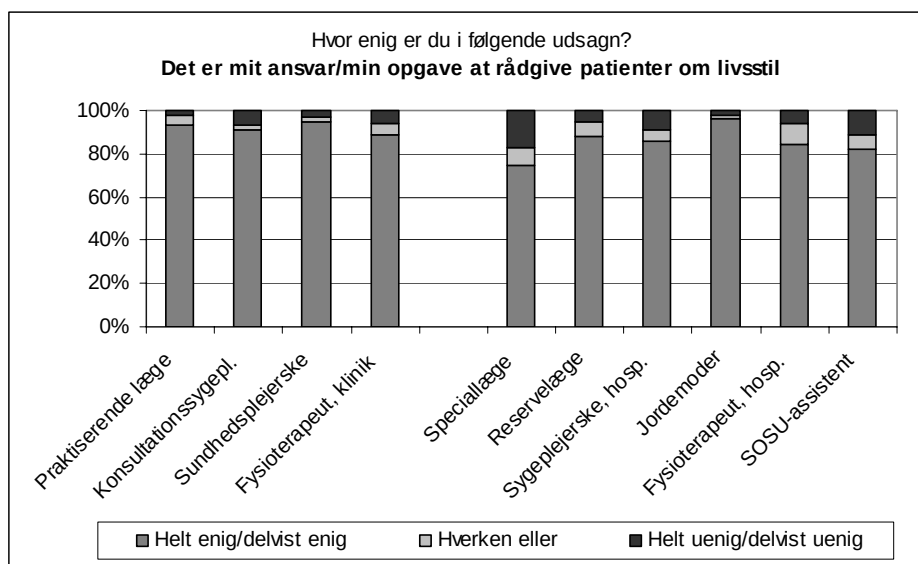
Resultaterne af interviewmaterialet ligger således i vid udstrækning i forlængelse af resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen, idet begge delundersøgelser peger på, at

langt flere blandt sundhedspersonalet vælger at rådgive på indikation, f.eks. når patienten har en diagnose som påvirkes af en given sundhedsadfærd. Den primært forebyggende rådgivning om sundhedsadfærd opfattes af nogle som mere problematisk, hvilket blandt andet hænger sammen med, at det er uklart, hvad en systematisk rådgivningsindsats skal baseres på.

3.3 Rådgivning som en integreret faglig opgave?

Foruden patientgruppe og systematik har det også betydning for sundhedspersonalets rådgivningsindsats, hvorvidt de betragter rådgivning som en integreret faglig opgave. Svarpersonerne er i spørgeskemaundersøgelsen blevet spurgt, om de anser rådgivning om sundhedsadfærd som deres ansvar. 85 % af den samlede studiepopulation er helt eller delvist enige i, at rådgivning om sundhedsadfærd er deres ansvar. Blandt de praktiserende læger, konsultationssygeplejerskerne, sundhedsplejerskerne og jordemødre har mere end 90 % angivet, at de enten er helt eller delvist enige i, at rådgivning om sundhedsadfærd er deres ansvar, og de er dermed de faggrupper, hvor flest har en positiv holdning til rådgivningspraksis. Blandt fysioterapeuter, reservelæger, hospitalssygeplejersker og social- og sundhedsassistenter har 80-90 % angivet at være helt eller delvist enige i, at rådgivning er deres ansvar, hvorimod 75 % af speciallægerne har angivet det samme, se Figur 3.6.

Figur 3.6 Andel inden for faggrupperne, der anser rådgivning for en relevant opgave



Spørgeskemaundersøgelsens resultater peger altså på, at langt størstedelen af sundhedspersonalet har en positiv holdning til at rådgive om sundhedsadfærd, dog med visse forskelle faggrupperne imellem. Sammenholdes sundhedspersonalets holdning til at have et ansvar for rådgivning om sundhedsadfærd med daglig tid brugt på rådgivning, ses det, at der er flere, der rådgiver 1 time eller mere om sundhedsadfærd blandt sundhedspersonalet, som er enige i, at rådgivning om sundhedsadfærd er deres ansvar, sammenlignet med dem som er uenige heri, se Tabel 3.1. I den multivariate logistiske regressionsanalyse falder denne sammenhæng imidlertid bort, når der kontrolleres for

forhold som faggruppe, rådgivningskompetencer, køn og alder, se Bilag 3, for alle værdier i de gennemførte logistiske regressionsanalyser).

Tabel 3.1 Sammenhæng mellem hyppighed af rådgivning og holdning til ansvar for rådgivning

		Rådgivning om sundhedsadfærd er mit ansvar			N*
		Helt/delvis uenig	Hverken eller	Helt/delvis enig	
Daglig tid brugt på rådgivning om sundhedsadfærd	Under ½ time dagligt	73 %	58 %	38 %	785
	½ til 1 time dagligt	18 %	34 %	41 %	1.084
	Over 1 time dagligt	9 %	8 %	26 %	785
	N*	194	149	2.311	2.654

P = 0,000

* Uvægtet

Det synes intuitivt logisk, at en positiv holdning til rådgivning om sundhedsadfærd også fører til hyppig rådgivning, men det er ikke muligt at drage entydige konklusioner herom grundet undersøgelsens tværsnitsdesign. En alternativ fortolkning af den fundne sammenhæng kan være, at sundhedspersonale, der i forvejen har en positiv holdning til rådgivning om sundhedsadfærd, opsøger stillinger, hvor rådgivningspraksis udgør en væsentlig del af det daglige arbejde, eller at sundhedspersonale, der har en negativ holdning til rådgivning, søger væk fra denne type stillinger.

I interviewundersøgelsen er det også blevet undersøgt, i hvor høj grad sundhedspersonalet anser rådgivning om sundhedsadfærd for at være en integreret faglig opgave. Af denne analyse fremgår det, at det i høj grad afhænger af det rådgivningsmiljø, som den enkelte sundhedsperson indgår i. Hvorvidt den enkelte sundhedsprofessionelle betragter rådgivning om sundhedsadfærd som en integreret faglig opgave, synes ikke bare at hænge sammen med hvilken faggruppe og dermed patientgruppe, som vedkommende tilhører og tilser, men også de konkrete organisatoriske rammer, som den enkelte indgår i.

Som eksempel herpå vil vi i det følgende præsentere, hvordan rådgivning om sundhedsadfærd integreres som en faglig opgave i to forskellige rådgivningsmiljøer, på henholdsvis en medicinsk og kirurgisk hospitalsafdeling. Som beskrevet i kapitel 2 har vi gennemført interview med hospitalsansatte læger og plejepersonale på hhv. en medicinsk og en organkirurgisk afdeling. Nedenstående er ikke en udtømmende beskrivelse af rådgivningsmiljøerne på alle medicinske og kirurgiske afdelinger, men en beskrivelse af nogle generelle træk på to konkrete sygehusafdelinger.

På den medicinske afdeling tilses patientgrupper, hvis sygdom har en veldokumenteret sammenhæng med sundhedsadfærd, som f.eks. hjertepatienter, type-2-diabetikere eller KOL-patienter. Der er blandt denne gruppe patienter rig evidens for, at en adfærdsændring i form af f.eks. rygestop har betydning for det akutte forløb såvel som sygdomsforløbet på længere sigt. Udgangspunkt for at rådgive om sundhedsadfærd blandt sundhedspersonalet på den medicinske afdeling er således, at en adfærdsændring i de fleste tilfælde vil have stor betydning for sygdomsforløbet.

”Vi ved jo hvor vigtigt det er, og det er jo det, vi arbejder med, og for helbredets skyld, give det en bedre status. Så vi kan jo ikke lade være med at bruge det som en parameter i vores hverdag, som der skal arbejdes med. Og vi ser succeskriterierne også opfyldes ind imellem.”

Speciallæge, medicinsk afdeling

Det er en formuleret målsætning på den medicinske afdeling, at rådgivning om sundhedsadfærd indgår i personalets behandling og pleje af alle patienterne. En målsætning der er fulgt op af tværfaglige tilbud til patienter i relation til livsstilsændringer.

De patienter, som tilses på den medicinske afdeling, kan enten være akut indlagte patienter, eller patienter som går til kontrol – f.eks. for diabetes på et ambulatorium. Personalet på medicinsk afdeling oplever særligt, at de akutte patienter, og patienter som er nydiagnosticerede, er motiverede for at undgå yderligere sygdom gennem sundhedsadfærdsændringer. Patienternes motivation virker også fremmende for personalets rådgivningsindsats. Rådgivning om sundhedsadfærd opleves således ikke bare som en fagligt funderet fornuftig praksis, men også som en praksis, der efterspørges af patienter. For de medicinske speciallæger fylder det etiske dilemma omkring sundhedspersonalets pligt til at oplyse – og patientens ret til at vælge – sin egen livsstil ikke meget i deres hverdag. Tillidsforholdet mellem behandler og patient er væsentligt, men de interviewede læger oplever ikke, at det nødvendigvis står i modsætning til rådgivning om sundhedsadfærd. I det hele taget har denne gruppe læger svært ved at se det problematiske ved rådgivning om sundhedsadfærd. For dem er det en naturlig konsekvens af den viden, der eksisterer om sundhedsadfærdens betydning for en række sygdomme og sundhed. Rådgivning om sundhedsadfærd er en daglig foreteelse og opfattes som en integreret og naturlig faglig opgave, der skal varetages lige så kompetent, som den øvrige behandling.

Plejepersonalet på den medicinske afdeling har et større ansvar for afdelingens samlede indsats i relation til sundhedsadfærd, idet de f.eks. kortlægger patientens ryge- og motionsvaner, beregner BMI samt tilbyder rygende patienter nikotinpræparater, når patienten indlægges på afdelingen. Plejepersonalet holder desuden øje med, om patienterne rådgives om sundhedsadfærd ved at føre det ind i et sygeplejekardex, når en patient er blevet rådgivet om rygning, kost eller motion. Plejepopgaverne giver personalet mere tid sammen med patienten, end det er tilfældet for lægegruppen. Som en interviewperson udtrykker det, så er plejepersonalet omkring patienten 24 timer i døgnet, hvor lægen typisk er der 10 minutter, og plejepersonalet har derfor flere muligheder for en mere dybdegående dialog om sundhedsadfærd med patienten. Relationen mellem plejepersonalet og patienten er således, i samspil med de organisatoriske rammer, med til at fremme en systematisk og omfattende rådgivningspraksis, der initieres lige så snart patienten indlægges på afdelingen. Det er det interviewede plejepersonales oplevelse, at rådgivning om sundhedsadfærd i højere og højere grad systematiseres, som en integreret del af plejen på medicinsk afdeling:

”Det falder naturligt ind i vores arbejde. Men det er måske noget af det, der bliver lavprioriteret, hvis man har travlt. Men generelt prøver vi, at få det gjort. Og der kommer mere og mere struktur på tingene og standarder. [Interviewer: Er det godt med standarder?] Det er jo et minimum, så

en minimumstandard sikres. Men hvor godt det er, siger det ikke noget om. Jeg hader egentlig ordet standarder, for vi er forskellige. Men det kan sikre, at vi kommer igennem nogle ting med vores patienter, så det er okay.”

Sygeplejerske, medicinsk afdeling

Plejepersonalet på medicinsk afdeling mener, at man som sundhedsprofessionel altid har pligt til at rådgive om sundhedsadfærd, men de giver samtidig udtryk for, at pligten til at oplyse skal følges af respekt for patientens eget valg. Plejepersonalet giver i højere grad end lægerne udtryk for at opleve rådgivning om sundhedsadfærd som potentielt problematisk, når patientens ret til selv at vælge sin livsstil ikke altid respekteres tilstrækkeligt.

”Jeg er tidligere ryger og er stoppet flere gange indtil det til sidst lykkedes. Så det kan godt lade sig gøre. Jeg synes også, at det er deres eget valg. Men jeg synes bare ikke, at de har noget valg, når der ikke er noget rygerum. Og det har jeg det rigtigt dårligt med.”

Sygeplejerske, medicinsk afdeling

På den organkirurgiske afdeling er billedet på mange måder et helt andet. De patienter som tilses her varierer fra cancerpatienter til patienter med kroniske lidelser eller mindre alvorlige lidelser, som f.eks. blindtarmsbetændelse, spiserørsbrok mm. På den organkirurgiske afdeling tilses således en bredspektret patientgruppe, hvor sundhedsadfærdens betydning for patientens lidelse ikke altid er direkte, hvor tidsperspektivet fra forundersøgelse til operation til udskrivning fra afdelingen ofte er meget kort, og hvor mange patienter befinder sig i en akut krisesituation, f.eks. som følge af en cancerdiagnose.

”Det er jo ofte en absurd diskussion, for den rådgivning ligger mere på et generelt plan. Det korrekte tidspunkt det er ikke at rådgive en patient, der er henvist med en cancer, der skal opereres efter de politisk fastsatte 14 dage. Så at forvente, at folk skal gå hjem og tage sig, det er absurd. Men altså er det ting, der er elektive så...”

Speciallæge, Organkirurgisk afdeling

På kirurgisk afdeling rådgives patienterne typisk om sundhedsadfærd under forundersøgelsen i forbindelse med, at lægen oplyser om de risici, der er forbundet med en operation. Herunder de særlige risici, der gør sig gældende for f.eks. rygere og overvægtige og den risikoreduktion, der kan opnås ved f.eks. rygestop eller vægttab. Interviewpersonerne giver udtryk for, at det er vigtigt, at patienten er bekendt med de omtalte risici, men oplever samtidig, at de færreste patienter magter en adfærdsændring op til og omkring en operation. Rådgivningen inddrages derfor kun i det omfang, de vurderer, at situationen tillader det. Frem for at være en mulighed for at undgå yderligere sygdom, kan rådgivningen ifølge interviewpersonerne let opfattes som endnu en belastning i en i forvejen svær situation. Interviewpersonerne anser ikke rådgivning om sundhedsadfærd for en naturlig del af deres daglige arbejde, og rådgivningsopga-

ven fylder forholdsvis lidt i deres hverdag. Det etiske dilemma, som rådgivning om sundhedsadfærd kan give anledning til, indtager en mere central placering i organkirurgernes forståelse af rådgivning, end det var tilfældet blandt lægerne på de medicinske afdelinger. Overordnet oplever organkirurgerne rådgivning om sundhedsadfærd som langt mere problematisk, end lægerne på medicinsk afdeling. Analysen indikerer dog, at dette i vid udstrækning skal ses i sammenhæng med de relationer til patientgruppe, organisatoriske rammer og sundhedsadfærd, som gør sig gældende på den organkirurgiske afdeling. Koblingen af det organkirurgiske speciale og rådgivning om sundhedsadfærd skaber ikke den synergieffekt, som det er tilfældet på det medicinske område. På kirurgisk afdeling opfattes rådgivning i højere grad som et spørgsmål om at informere end om at være handlingsanvisende. Den type rådgivning mener interviewpersonerne skal bæres igennem andre steder i væsnet:

”Jeg mener, at det er helt absurd, at man skal til at sundhedsfremme, en uge før, man skal til at operere. Jeg mener, at den indsats den skal ligge et helt andet sted. Man kan godt bruge hospitalsvæsen og hospitalsansatte til en generel kampagne, der går ud på at promovere de ting her. Men det skal ikke ske ved forundersøgelsen, en uge før patienterne skal opereres. Det, mener jeg, er helt malplaceret. Altså, folk skal vide, at de har en betydelig øget risiko for komplikationer qua den livsstil de har, det mener jeg er fair oplysninger. Så kan de jo forholde sig til, om de overhovedet vil opereres på baggrund af den risiko.”

Speciallæge, organkirurgisk afdeling

Plejepersonalets rådgivning på organkirurgisk afdeling minder om deres lægekollegaers, idet rådgivning om sundhedsadfærd fylder meget lidt, bl.a. på grund af meget korte patientforløb. Rådgivning om sundhedsadfærd opfattes ikke i samme grad som blandt kollegaerne på medicinsk afdeling som en integreret faglig opgave:

”Et eller andet sted, så er det vel ikke så meget forebyggelse, der er tid til, og der bliver prioriteret højt. Det er simpelt hen at følge med specialet og få det hurtige flow af patienter, og få sagt farvel til dem der skal ud, og goddag til dem der skal ind.”

Sygeplejerske, organkirurgisk afdeling

En væsentlig forskel mellem læger og plejepersonalet på den kirurgiske afdeling er imidlertid, at plejepersonalet giver udtryk for, at situationen omkring den personlige pleje kan virke som katalysator for en rådgivningssituation. I den fælles aktivitet omkring plejen har plejepersonalet mulighed for at tale mere uformelt med patienten end under forundersøgelsen, og det gør det ifølge interviewpersonerne nemmere og mindre anmassende at tale om sundhedsadfærd. Dog foregår rådgivning om rygning oftest i forbindelse med forundersøgelser, hvor personalet taler med patienten om rygningens betydning for operationsresultatet. Da organkirurgisk afdeling har mange patienter, som på grund af sygdom har en lille appetit og er i risiko for at tabe sig uhensigtsmæssigt, er ernæringscreening indført som et fokusområde på afdelingen.

Ernæringsscreeningen varetages af plejepersonalet og kan give anledning til rådgivning om kost, men da formålet med ordningen, ifølge interviewpersonerne, primært er at vejlede patienter i at undgå vægttab, rådgives der kun i meget mindre omfang om overvægt eller generelle kostændringer. I relation til overvægt, fysisk aktivitet og alkohol er der ikke formuleret selvstændige målsætninger eller etableret henvisningsmuligheder, og således er de organisatoriske rammer ifølge interviewpersonerne medvirkende til, at den rådgivning de udøver primært er koncentreret om rygning:

”Der er jo nogle forventninger i forhold til det her rygning, men det er og så fordi, at der er lavet sådan nogle rammer og rygestopinstruktør, og det satser man på, så derfor er der fokus på det. Og så er der også den her med, at vi skal se på ernæring hos alle vores patienter. Så det er der også noget fokus på. Alkohol har der jo ikke været så meget fokus på. Så det er måske der, hvor man heller ikke selv har sit største fokus. Jeg tror, at det også går på, hvordan forventningerne er ovenfra, og hvor mange tiltag der bliver gjort.”

Social- og sundhedsassistent, organkirurgisk afdeling

Analysen af rådgivningsmiljøerne på hhv. medicinsk og kirurgisk afdeling peger på, at integrationen af rådgivning om sundhedsadfærd afhænger af flere forhold relateret både til den primære patientgruppe, sundhedspersonalets primære arbejdsopgaver, og ikke mindst til hvorvidt der eksisterer en organisatorisk ”infrastruktur”, der understøtter rådgivning. På den medicinske afdeling er der evidens for sundhedsadfærdens betydning for patientgruppens diagnose og prognose, motiverede patienter samt et systematisk og tværfagligt samarbejde om forskellige tilbud til patienterne i relation til sundhedsadfærd. Forhold som er medvirkende til at interviewpersonerne betragter rådgivning om sundhedsadfærd som en integreret og væsentlig del af deres daglige arbejde. På den medicinske afdeling er der desuden klare målsætninger og retningslinier for rådgivning om sundhedsadfærd, og dermed en gensidig forventning faggrupperne imellem om, at alle skal rådgive om sundhedsadfærd. Omvendt er der på den kirurgiske afdeling en række forhold, som opleves som barrierer for rådgivning om sundhedsadfærd, f.eks. den korte behandlingstid og den stressede situation patienten ofte befinder sig i. Der bliver bl.a. givet udtryk for en forventning om, at den mere systematiske rådgivningsindsats bør finde sted i andre dele af sundhedsvæsenet, og altså ikke indgå som en defineret arbejdsopgave blandt disse faggrupper. Det er dog ikke kun forhold knyttet til specialet, der udgør en barriere for rådgivning på kirurgisk afdeling, det er i lige så høj grad manglen på tiltag, der kan understøtte og supplere personalets rådgivning.

I interviewene med de øvrige faggrupper er der på lignende måde identificeret rådgivningsmiljøer påvirket af den primære patientgruppe, den kontekst rådgivningen udspiller sig i og faggruppens andre faglige opgaver. Hvor spørgeskemaundersøgelsen peger på, at langt størstedelen af de sundhedsprofessionelle anser rådgivning om sundhedsadfærd som deres opgave og ansvar, peger interviewundersøgelsen på større forskelle faggrupperne imellem, afhængigt af hvilket rådgivningsmiljø den enkelte sundhedsprofessionelle indgår i.

3.4 Sammenfatning og diskussion

Opsummerende viser undersøgelsen, at sundhedspersonalet i gennemsnit bruger ½ - 2½ time dagligt på rådgivning. For de fleste faggrupper gælder det, at rådgivning om en given sundhedsadfærd hyppigere finder sted, når patienten lider af en sygdom relateret til den pågældende adfærd. Interviewundersøgelsen peger på, at en afklaring af hvilken systematik der skal ligge til grund for den enkelte faggruppes rådgivningsindsats, er påkrævet. Ligeledes peger undersøgelsen på, at størstedelen af sundhedspersonalet opfatter rådgivning om sundhedsadfærd som en relevant opgave, men at tilstedeværelsen af understøttende organisatoriske rammer har stor betydning for, hvorvidt rådgivning om sundhedsadfærd integreres som en faglig opgave på linje med andre opgaver.

Det er ikke muligt at sammenligne vores resultater med tidligere undersøgelser af sundhedspersonalets rådgivningsindsats, og det er derfor ikke muligt at vurdere, om der i dag rådgives mere eller mindre end tidligere. Der er i denne undersøgelse ikke defineret en standard for sundhedspersonalets rådgivningsindsats, og det kan derfor heller ikke konstateres, om sundhedspersonalet rådgiver i et omfang, der kan betegnes tilstrækkeligt. Det må dog betragtes som positivt, at denne undersøgelse viser, at der i alle faggrupper gøres en indsats, om end indsatsens systematik varierer på tværs af såvel som internt i faggrupperne.

Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark⁵ definerer en systematisk indsats i relation til rygestop på sygehuse til at omfatte fire aktiviteter: Registrering af patienternes rygevaner, systematisk henvisning af rygere til samtale om tobak, systematisk gennemførelse af forebyggelsessamtaler og uddannelse af personale i samtaleteknik (12). Hvis målet er en systematisk rådgivningsindsats i stil med ovenstående, peger denne undersøgelse på, at der endnu er et stykke vej til, at sundhedspersonalet systematisk initierer rådgivning om sundhedsadfærd, men at de første skridt er taget i forhold til at integrere denne praksis som en relevant faglig opgave. Det er en stor udfordring for sundhedsvæsenet at integrere rådgivning om sundhedsadfærd som en del af sundhedspersonalets faglighed og daglige arbejde, og personalets holdninger til rådgivning er vigtige i denne proces. Langt størstedelen af sundhedspersonalet i undersøgelsen forholder sig positivt til at tage ansvar for rådgivningsopgaven, og kun 9 % af sundhedspersonalet i spørgeskemaundersøgelsen opfatter ikke rådgivning om sundhedsadfærd som en del af deres arbejde. Størstedelen af sundhedspersonalet synes således at anerkende rådgivning om sundhedsadfærd som en del af dagsordenen i det danske sundhedsvæsen. Vores analyser viser desuden en tendens til, at der blandt sundhedspersonale, som mener, at rådgivning om sundhedsadfærd er deres ansvar, er flere der bruger en time eller mere dagligt på at rådgive om sundhedsadfærd, sammenlignet med personale der er uenig heri. En positiv indstilling til rådgivning blandt størstedelen af sundhedspersonalet må derfor formodes at være et af flere vigtige skridt på vejen til en systematisk rådgivningsindsats. Interviewundersøgelsen peger imidlertid også på, at der eksisterer en usikkerhed blandt sundhedspersonalet om, hvilke forventninger der er til dem i relation til systematisk rådgivningsindsats. Hvad er målet, hvilke

⁵ Netværket af forebyggende sygehuse er et netværk af 50 danske sygehuse, som har til formål at bidrage til kvalitetsudvikling og implementering af sygdomsforebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering i et sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. Netværket af forebyggende sygehuse er en del af WHO Health Promoting Hospitals netværk.

patienter skal modtage rådgivning, og hvilke faggrupper bærer et ansvar? Uanset hvilke krav og standarder man mener skal gælde for rådgivning om sundhedsadfærd, synes der at være et potentiale i at afklare disse spørgsmål og videreformidle dem til sundhedspersonalet, da misforståelser er med til at skabe frustration og modstand mod rådgivningsopgaven.

Endelig peger undersøgelsen på, at der er et potentiale i at overveje, hvordan arbejdsdelingen i det samlede sundhedsvæsen skal være med hensyn til rådgivning om sundhedsadfærd, og om de førnævnte formulerede målsætninger til systematisk rådgivning kan eller skal differentieres. Skal rådgivning eksempelvis finde sted med samme intensitet blandt alle faggrupper, afdelinger eller sektorer? Endelig er der et potentiale i at følge målsætninger og krav til arbejdsdeling op med handlemuligheder, som understøtter sundhedspersonalets praksis på forebyggelsesområdet. Dette vil vi i det følgende kapitel om rådgivningens konkrete indhold se mere på.

4. Rådgivningens konkrete indhold

Som beskrevet i introduktionen er et af formålene med nærværende undersøgelse at få en bred indsigt i, hvilke aktiviteter sundhedspersonalets rådgivning om sundhedsadfærd indebærer. Information om sundhedsskadelige effekter ved en given sundhedsadfærd, motivation til adfærdsændringer og mere konkrete handlingsanvisninger kan anses for at repræsentere forskellige niveauer af en rådgivningsindsats. Der er, som tidligere anført, nogen dokumentation for, at selv korterevarende forløb kan have betydning for, om patienter ændrer sundhedsadfærd. Udgangspunktet i denne undersøgelse er derfor, at alle af de nævnte rådgivningsformer er vigtige brikker i en samlet rådgivningsindsats. Således har det ikke været denne undersøgelses formål at foretage en vurdering af rigtige og forkerte måder at rådgive på, men at foretage en kortlægning af, hvordan rådgivning om sundhedsadfærd manifesterer sig. I det følgende gives såvel en kvantitativ som en kvalitativ beskrivelse af, hvordan sundhedspersonalet rådgiver om sundhedsadfærd, og hvilket konkret indhold rådgivningen har.

4.1 Hvordan rådgiver sundhedspersonalet?

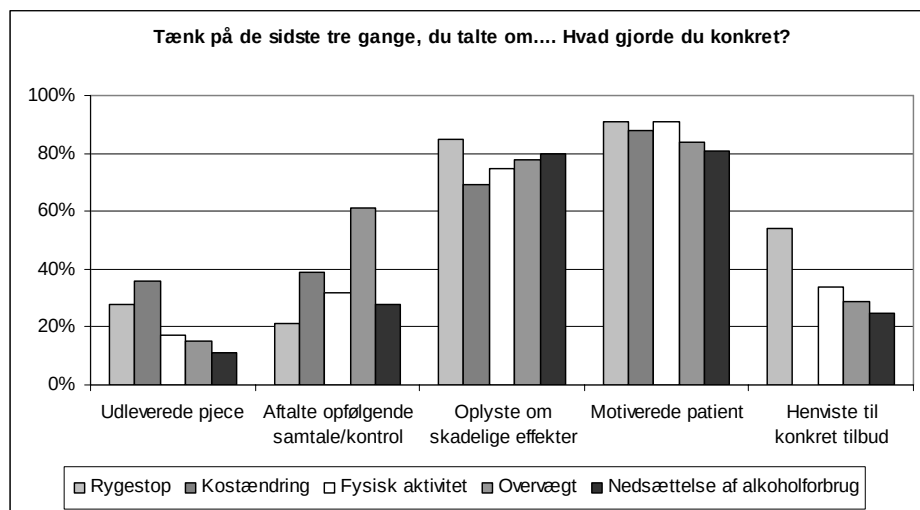
Foruden angivelse af hyppighed og omfang af rådgivning har svarpersonerne i spørgeskemaundersøgelsen også angivet, hvilke elementer der typisk indgår, når de rådgiver om sundhedsadfærd. Mere præcist er sundhedspersonalet blevet spurgt, om de har oplyst om de mulige skadelige effekter, udleveret pjecer, forsøgt at motivere til en adfærdsændring, aftalt opfølgende samtale eller kontrol, henvist til konkrete tilbud og/eller henvist til andre sundhedspersonale. I relation til kost har svarpersonerne dog kun haft mulighed for at angive, at de henviser til konkrete tilbud.

Af svarene fremgår det, at oplysning om de skadelige effekter af en given adfærd samt motivation til adfærdsændring er de mest udbredte former for rådgivning blandt alle faggrupper inden for alle former for sundhedsadfærd (Figur 4.1). Udlevering af pjecer er den mindst udbredte og benyttes af 36 % i forbindelse med rådgivning om kostændringer, af 28 % i forbindelse med rygestop og af 17, 15 og 11 % i forbindelse med hhv. fysisk aktivitet, overvægt og alkohol. Mellem 30 og 40 % blandt sundhedspersonalet har angivet, at de benytter opfølgende samtale og kontrol på områderne kost, fysisk aktivitet, overvægt og alkohol. 21 % har angivet denne rådgivningsform på rygeområdet. Henvisning til konkrete tilbud er anvendt af flest i relation til rygestop (54 %), og ca. 30 % har svaret, at de benytter henvisning til konkrete tilbud i forbindelse med rådgivning om fysisk aktivitet, overvægt og nedsættelse af alkoholforbrug. I forhold til henvisning til andet sundhedspersonale har 54 % angivet at benytte denne mulighed på kostområdet, og 45 % har angivet at henvise til andet sundhedspersonale i forbindelse med overvægt. Ca. 30 % har svaret, at de henviser til andet sundhedspersonale i forbindelse med rådgivning om rygestop, fysisk aktivitet og nedsættelse af alkoholforbrug (data ikke vist).

Opgøres de enkelte rådgivningselementer på faggrupperne, ses umiddelbart samme mønster som ovenstående, idet motivation af patienterne samt oplysning om skadelige effekter er langt de mest udbredte former for rådgivning blandt alle faggrupper uanset

sundhedsadfærd. En række forskelle mellem faggrupperne gør sig dog gældende i relation til de øvrige tilgange til rådgivning om sundhedsadfærd.

Figur 4.1 Brug af rådgivningsformer i den samlede studiepopulation



Opfølgende samtale og kontrol benyttes af alle faggrupper i varierende omfang, dog i størst omfang blandt praktiserende læger og konsultationssygeplejersker og i nogen grad blandt sundhedsplejersker og jordemødre, hvad angår alle fem former for sundhedsadfærd. Blandt både klinik- og hospitalsansatte fysioterapeuter er denne rådgivningsform imidlertid kun udbredt i forhold til rådgivning om fysisk aktivitet.

Henvisning til andre tilbud synes at variere med sundhedsadfærd og faggruppe. På rygeområdet angiver 80 % af jordemødrene og 50-60 % af alle øvrige faggrupper at benytte denne mulighed, hvor henvisning til andre tilbud i relation til fysisk aktivitet synes at være hyppigere forekommende i den primære sektor. Henvisning til andre tilbud i relation til fysisk aktivitet er inden for den primære sektor hovedsageligt forekommende blandt fysioterapeuter og sundhedsplejersker og inden for den sekundære sektor blandt fysioterapeuter og jordemødre. Henvisning af overvægtige patienter til andre tilbud er forekommende blandt flest i den sekundære sektor. På alkoholområdet er henvisning til andre tilbud oftest forekommende blandt de praktiserende læger og mindst blandt jordemødrene.

Uddeling af pjecer benyttes primært af sundhedspersonale i den primære sektor og af jordemødrene. Særlig på områderne rygning og alkohol benytter jordemødrene denne metode til videregivelse af information om sundhedsadfærd.

Der har i spørgeskemaet været mulighed for, at sundhedspersonalet i en åben svarkategori kunne angive, om de henviser patienter til andet sundhedspersonale og i så fald hvilke. Her ses en overordnet tendens til, at færre i den primære sundhedssektor benytter denne mulighed end i den sekundære sektor, og at jordemødre og hospitalsansatte fysioterapeuter er de faggrupper i den sekundære sektor, hvor flest benytter henvisning til andet sundhedspersonale.

I relation til rygestop henviser sundhedspersonalet til rygestopinstruktører eller -konsulenter og patientens egen praktiserende læge, mens et fåtal henviser til forskellige

former for alternativ behandling som akupunktur eller hypnose. På kostområdet henviser sundhedspersonalet overvejende til diætister og i mindre grad til patientens egen praktiserende læge, forskellige foreninger og tilbud, som f.eks. Hjerteforeningen eller lokale og regionale projekter, som f.eks. Sund By, sundhedscentre, livsstilscaféer mm. I relation til fysisk aktivitet henviser sundhedspersonalet derimod primært til fysioterapi og egen praktiserende læge og til lokale og regionale tilbud, som f.eks. Sund By, livsstilscentre mm. I forbindelse med overvægtige patienter henviser hovedparten af personalet til egen praktiserende læge eller diætister, og en mindre gruppe henviser til lokale og regionale tilbud, som f.eks. julemærkehjem, Sund By, slankekurser mm. Også på alkoholområdet henviser personalet primært til egen praktiserende læge. Desuden henviser en stor del af personalet til alkoholambulatorier, misbrugscenter, afvænningsklinik mm., og en mindre gruppe henviser til psykiatriske tilbud.

4.2 Motiverende rådgivning

Spørgeskemaundersøgelsen peger ikke overraskende på, at sundhedspersonalet oftest rådgiver ved at motivere til ændring og oplyse om de helbredsskadelige virkninger af en given sundhedsadfærd. Interviewundersøgelsen peger på, at det blandt andet hænger sammen med, at sundhedspersonalets kontakt med patienterne ofte foregår i korte konsultationer, hvis primære sigte oftest ikke er rådgivning. I det følgende gives en kvalitativ beskrivelse af sundhedspersonalets motiverende rådgivning med praktiserende læger som eksempel.

Praktiserende læger har ofte en kontinuerlig kontakt med sine patienter over en årrække, hvilket giver mulighed for og anledning til at yde en rådgivning, som de interviewede praksislæger f.eks. omtaler som små skub eller at så et frø, og som sigter på at motivere patienten på længere sigt. At så et frø indebærer f.eks., at den praktiserende læge spørger til patientens ryge- eller motionsvaner og påpeger de helbredsskadelige virkninger overfor patienten. I nogle tilfælde indebærer det også, at lægen tilbyder yderligere samtale en anden dag eller henviser til et konkret tilbud, hvis det er muligt. De interviewede lægers rådgivning er således karakteriseret ved primært at være baseret på gentagne meget kortvarige rådgivninger, der har en generel karakter, og hvor vægten lægges på at katalysere en proces mod livsstilsændring.

”Man kan give meget specifik rådgivning, hvis man ønsker det, og det er der også nogle læger, der kan. Men vi skal nok holde os til hovedtrækkene og arbejde med motivationen. For hvad nytter det, hvis der ikke er en motivation? Så vi skal arbejde på den motivationelle del af kontakten. Selvfølgelig er det godt, hvis vi har tilliden, de kender os og er formentlig trygge ved os, og det kan vi godt udnytte, lægerollen. Så selvfølgelig har vi en rolle at spille, bare vi ikke fortaber os i at give detailråd, for det er i grunden ligegyldigt. Det, det drejer sig om, er motivation, som X snakkede om. Hvad nytter det, at lægen kan se det, hvis du ikke selv kan?”

Praktiserende læge

At de praktiserende læger primært fokuserer på motivationen af patienten forstærkes, ifølge de interviewede læger, også af, at den praktiserende læge typisk har 10 minutter til hver konsultation, og derfor er den tid, de har til rådighed til rådgivning af den

enkelte patient, ofte meget begrænset. Små skub til patientens motivation kan passes ind i de øvrige formål, der er med konsultationen, hvor det kan være vanskeligere med en mere specialiseret og tidskrævende rådgivning. Hvis der er behov for en mere omfattende rådgivning, gør de interviewede praksislæger brug af de muligheder, de har for at tilknytte honorar til rådgivningen, som det f.eks. er tilfældet med forebyggende helbredssamtaler. Interviewpersonerne gør i nogle tilfælde også brug af en række redskaber, der kan hjælpe dem til på en pædagogisk måde at illustrere betydningen af sundhedsadfærd for patienten, som f.eks. risikoprofilanalyser og lungefunktionstest af rygere. De interviewede praksislæger giver udtryk for at have positive oplevelser med redskaberne, men det er meget forskelligt, hvorvidt eller hvor ofte de benytter disse redskaber.

Den kortvarige motiverende rådgivning, hvor fokus er på at katalysere en proces mod livsstilsændring, kan identificeres blandt alle faggrupper. Dog tager den motiverende rådgivning forskellig form efter hvilken faggruppe, der udøver den, og dermed den primære patientgruppe som den enkelte tilser. Som beskrevet er de praktiserende lægers motiverende rådgivning meget generel i sin karakter, hvor konsultationssygeplejerskernes motiverende rådgivning f.eks. afspejler, at de er en omsorgsfaggruppe. Konsultationssygeplejerskerne har at gøre med patientforløb, der minder meget om de praktiserende lægers med korte, men kontinuerlige, patientkontakter, og rådgivning i denne faggruppe er ligeledes fokuseret omkring motivation af patienten, der foregår "utrolig mange steder i små glimt", som en konsultationssygeplejerske formulerer det. De interviewede konsultationssygeplejersker oplever imidlertid deres relation til patienterne som meget forskellig fra lægens, idet de som en omsorgsgruppe har en anden omgangsform med patienten. F.eks. oplever de, at patienterne ofte spørger dem – frem for lægen – om forhold i behandlingen, som de ikke har forstået:

"Vi har nogle fordele i forhold til lægerne, vi har meget lettere adgang til patienterne, alle petiteserne som de ikke synes skal lægges på bordet hos lægen, dem kan vi godt få. Og mange gange kommer de: Kan jeg ikke bare lige snakke med dig, for det er ikke noget jeg behøver at snakke med lægen om. Der snakker man mere, jeg vil ikke sige som to veninder, hvis du sidder og snakker med kvinder, men der kan godt komme lidt det der: Du kender godt det med børnene og åh ja. Så der er en helt anden indfaldsvinkel til dem."

Konsultationssygeplejerske

Et tredje eksempel er jordemødre, som typisk har 5-7 konsultationer af ca. 20 minutters varighed med den gravide inden fødslen. De interviewede jordemødre giver udtryk for, at den tid de har til rådighed under konsultationen til rådgivning om sundhedsadfærd ofte er meget begrænset, når de obligatoriske undersøgelser af f.eks. barnets vækst, den gravides blodtryk mm. er gennemført, og den gravide har haft lejlighed til at stille spørgsmål. Den typiske rådgivning, som de interviewede jordemødre udøver, er derfor også karakteriseret ved at være kortvarig og koncentreret om at katalysere en proces mod livsstilsændring. Jordemødre lægger dog i højere grad vægt på muligheden for at lade den korte motiverende rådgivning følge op af mere konkrete tilbud. Dette understøttes desuden af spørgeskemaundersøgelsen, der viser, at

jordemødre er en faggruppe, hvor en relativt stor andel gør brug af henvisning til konkrete tilbud og/eller andet sundhedspersonale. Behovet for handlingsanvisende rådgivning ser vi nærmere på i næste afsnit.

4.3 Handlingsanvisende rådgivning

Blandt nogle af interviewpersonerne eksisterer der en opfattelse af, at god og effektiv rådgivning er mere end motivation og oplysning. Nogle interviewpersoner mener, at rådgivningen foruden at være motiverende og oplysende skal være specialiseret forstået på den måde, at den skal være konkret og handlingsorienteret og tage udgangspunkt i den aktuelle patients ressourcer og muligheder. F.eks. forsøger de interviewede konsultationssygeplejersker også at gøre rådgivning om vægttab til konkret og handlingsanvisende rådgivning ved at gennemgå patientens madvaner, hvornår der spises og hvad der spises, samt udarbejde konkrete kostplaner og målsætninger i forhold til kosten. Nogle af de interviewede konsultationssygeplejersker gør også brug af nedskrevne målsætninger eller deciderede 'kontrakter', som der efterfølgende bliver fulgt op på.

Den handlingsanvisende rådgivning søger således at anskueliggøre adfærdsændringen på en konkret måde, så det giver umiddelbar mening for patienten. I relation til fysisk aktivitet kan det f.eks. være at uddele en skridttæller til patienten:

"Skridttælleren er fin, der kan gå lidt sport i det. Jeg skal lige have de sidste 100 med. Det er sådan nogle remedier, der er gode at have, sådan nogle ganske lette, enkle ting. Så man ligesom kan anskueliggøre, i stedet for at snakke stolpe op og stolpe ned, og så er der undersøgelser om dit og dat, og vise procenter, og folk kan ikke forholde sig til det."

Konsultationssygeplejerske

Blandt de interviewede fysioterapeuter lægges der også vægt på en handlingsanvisende rådgivning. Udgangspunktet i den fysiske træning er med til, at interviewpersonerne opfatter rådgivning som noget meget konkret, som noget der skal være kædet sammen med praktisk handling. Fysioterapeuterne har mulighed for umiddelbart at demonstrere deres rådgivning i praksis, de kan med andre ord give information indledningsvist og derefter sammen med patienten lade vedkommende mærke effekten af træning på egen krop.

"Den her cocktail af at både have noget informativt, noget teoretisk og så at vi kan prøve det af i praksis. Når man sidder med en diætist der snakker mad, så går man ikke ud i køkkenet samtidig med. Det er i hvert fald de færreste gange. Det synes jeg, er vores force: Vi giver noget information, og de mærker på deres krop umiddelbart i løbet af forholdsvis kort tid."

Fysioterapeut

I relation til de øvrige sundhedsadfærd har de interviewede fysioterapeuter meget mindre erfaring med at gøre rådgivningen konkret og anvisende, og de føler sig derfor mindre kompetente til at rådgive om disse emner. Oplevelsen af at mangle rådgivnings-

kvalifikationer i relation til rygning, kost, overvægt og alkohol håndterer interviewpersonerne ved at lade rådgivningen forblive informerende og motiverende, men uden konkrete handlingsanvisninger.

Vægtningen af at rådgivning skal være handlingsanvisende udspringer også af, at interviewpersonerne tager udgangspunkt i en bred definition af sundhed, hvor livsstil og sundhed ikke iagttages adskilt fra patientens levekår og ressourcer. Ifølge interviewpersonerne handler det ofte om at hjælpe patienterne til at kunne magte og ønske at træffe sunde livsstilsvalg. Derfor understreger interviewpersonerne også gentagne gange, at al rådgivning må tilpasses den konkrete situation.

”Jeg synes omkring overvægt, der kan jeg godt tidligt i graviditeten gå ind og spørge til, hvad de selv gør, og om der er nogle ting de kan forestille sig, at de kan ændre på. Men jeg synes egentlig, at det problem man støder ind i, det er, at de piger der er svært overvægtige, de kan ikke selv. Altså, de har brug for hjælp udefra. Og der har vi ikke nogen tilbud til dem. De har brug for en diætist til at støtte sig op af, og det har vi ikke. Så sidder jeg egentlig tit tilbage med den der fornemmelse af, at alle mine kloge ord egentlig er lidt ligegyldige, når ikke jeg har andet at hjælpe dem med, når det kommer til stykket.”

Jordemoder

Således peger interviewundersøgelsen på, at motiverende rådgivning af nogle interviewpersoner ikke anses for at være ”rigtig” rådgivning. Muligheden for at gøre rådgivningen handlingsanvisende hænger dog ifølge interviewpersonerne ofte sammen med egne rådgivningskompetencer, og hvilke henvisningsmuligheder de har til rådighed. Den henvisende rådgivning ser vi nærmere på i næste afsnit.

4.4 Henvisende rådgivning

Muligheden for at henvise til konkrete tilbud, der på en kvalificeret måde kan hjælpe patienten til at ændre adfærd, har ikke kun betydning for, hvor specialiseret rådgivningen bliver, men også for hvor ihærdigt sundhedspersonalet adresserer patientens sundhedsadfærd. Sundhedspersonalets henvisningsmuligheder varierer med det amt, som personalet har sit virke i. Henvisningsmulighederne på rygeområdet vurderes dog generelt som bedre end på områder som kost og overvægt.

Det generelle potentiale i at have mulighed for at kunne henvise patienter til mere specialiseret rådgivning kan f.eks. ses i forskellen på rådgivningspraksis på den medicinske og kirurgiske hospitalsafdeling, hvor vi har interviewet personalet. På de medicinske afdelinger er der en formuleret målsætning om, at rådgivning om sundhedsadfærd bør indgå i personalets behandling og pleje af patienterne. En målsætning som er fulgt op med tilknytning af faglige ressourcepersoner i relation til de forskellige sundhedsadfærd. Læger og sygeplejerskers rådgivning foregår i et systemiseret samarbejde med f.eks. rygestopinstruktører, fysioterapeuter og diætister, der varetager den konkrete rådgivning i forbindelse med en adfærdsændring. Desuden kan personalet henvise deres patienter til mere omfattende rådgivning som f.eks. hjerte- og diabetesskole, der også finder sted på afdelingen. Det betyder, at f.eks. lægens rådgivning kun er første element i en række af mulige rådgivningstilbud. Rådgivningen på medicinsk afdeling er således foruden at

være motiverende også i høj grad baseret på henvisning til handlingsanvisende rådgivning. Den arbejdsdeling, der er forbundet med henvisende rådgivning, afspejles også i, at interviewpersonerne på medicinsk afdeling lægger vægt på en teamindsats, hvor personalegrupperne bakker hinandens rådgivningsindsats op, ved at alle italesætter vigtigheden af en ændring i sundhedsadfærd overfor patienten.

”Jamen, det mener jeg da egentlig er at få opbygget et team, der fungerer omkring de her ting. Det er jo ikke alene vores ansvar. Men jeg føler det da som mit ansvar, at vi som team har et tilbud, som patienterne har lyst til at modtage, og som de er glade for. Så vi har da justeret det lidt hen ad vejen, efter de tilbagemeldinger vi har fået. Men den der team-funktion synes jeg er utrolig vigtig. Også sådan stoltheden i teamet over, at det fungerer, og at patienterne synes de får meget ud af det.”

Speciallæge, medicinsk afdeling

Personalet på kirurgisk afdelings henvisningsmuligheder adskiller sig væsentligt fra kollegaerne på medicinsk afdeling. Rådgivning om sundhedsadfærd udgør ikke en selvstændig formuleret målsætning på afdelingen. Sygehuset, som afdelingen er en del af, har dog formuleret en rygepolitik og er ved at blive et røgfrit sygehus, og afdelingen har en person blandt plejepersonalet, der er uddannet rygestopinstruktør, og som der kan henvises til. Desuden arrangerer sygehuset rygestopkurser, men derudover har afdelingen ikke nogen henvisningstilbud i forlængelse af deres rådgivning. De organisatoriske rammer fremmer derfor i højere grad rådgivning om rygning, da der både eksisterer tilbud, og rygning har en veldokumenteret betydning for sårheling og derfor altid tages op i forbindelse med en operation. De øvrige rådgivningsemner tages kun op i mindre omfang, og der eksisterer ikke noget samarbejde med de øvrige faggrupper i relation til rådgivning om kost, fysisk aktivitet, overvægt og alkohol.

”Man målretter da sin indsats i forhold til, hvilke tilbud der er. Det kan ikke nytte noget, at du snakker med folk om de fem kilo overvægt, når du kun kan sige, de skal gå til Vægtvogterne eller deres egen praktiserende læge, når hele det her forløb er overstået. Hvor med rygning, for at tage det som eksempel, da ved du, at hvis du går i gang, og de er motiverede, jamen så er der også en pakke inde ved siden af, som sygeplejersken udleverer til dem. De andre ting har vi ikke en pakke til, og derfor er vi ikke særligt motiverede for det.”

Reservelæge, organkirurgisk afdeling

Interviewundersøgelsen peger på, at manglen på henvisningsmuligheder i relation til kost og overvægt udgør et særligt problem for alle faggrupper, som muligvis svækker sundhedspersonalets rådgivningsindsats. F.eks. giver de interviewede jordemødre udtryk for, at der i relation til kost/overvægt og fysisk aktivitet ikke eksisterer de samme understøttende relationer som på rygeområdet, hvor der er organiserede tilbud om rygestop til den gravide og pårørende. Hvis den gravide ryger, har jordemoderen flere forskellige tilbud til rådighed. Foruden skriftligt materiale om de risici, der er forbundet

med rygning under graviditet, kan interviewpersonerne henvise både den gravide og pårørende til rygeafvænningsjordemoder eller en anden type rygestoptilbud. Ligeledes, hvis den gravide har et alkoholmisbrug, eksisterer der på de afdelinger, hvor interviewene er gennemført, en jordemoder, der er specialiseret i gravide med misbrugsproblemer. På ryge- og alkoholområdet understøtter de organisatoriske rammer således jordemoderens rådgivning, der foregår i et systemiseret samarbejde med tilknyttede eksperter. Det betyder, at rådgivning om rygning ofte prioriteres over andre sundhedsadfærd, idet jordemødrene i relation til rygning kan henvise til handlingsanvisende rådgivning.

”Men jeg tænker nogle gange på, at rygning er selvfølgelig det, der udgør den største enkeltstående risikofaktor. Samtidig vil jeg sige, at vi også kan risikere kun at fokusere på rygning, ikke fokusere for meget, men at det er sådan en konkret ting, vi kan tage fat i, og vi ved, at vi har konkrete informationer, og vi kan henvise osv. Og så er der nogle ting, som er sværere at tage fat i – blandt andet overvægt og fysisk aktivitet.”

Jordemoder

I relation til kost, overvægt og motion har de interviewede jordemødre skriftligt materiale om kostens betydning under graviditeten, og de har mulighed for at henvise overvægtige gravide, som er konstateret i risiko for at udvikle – eller har udviklet – svangerskabsdiabetes til specifikke tilbud. Her får den gravide blandt andet hjælp til forebyggelse af en forværring af svangerskabsdiabetesen ved hjælp af kostændringer. Det er imidlertid kun udvalgte overvægtige gravide, som der er et tilbud til, selvom overvægt generelt er en kendt risikofaktor for komplikationer i relation til graviditet.

Der eksisterer en god ’infrastruktur’ på rygeområdet, f.eks. er der rygestopinstruktorer på de fleste hospitalsafdelinger, og i almen praksis kan der henvises til kommunale tilbud, rygestoplinier og apoteker. At dømme ud fra interviewpersonernes udsagn synes infrastrukturen i relation til kost og overvægt derimod om ikke fraværende så underudviklet. Medmindre der er tale om bestemte patientgrupper, som f.eks. diabetes- og hjertepatienter, er tilbudene ifølge interviewpersonerne begrænsede. Der er ofte lang ventetid på kostvejledning hos en diætist, og i sekundær sektor har diætisterne ofte kun tid til at vejlede patienter, som har et for lavt kalorieindtag. Selvom kostområdet er kendetegnet ved at være et relevant indsatsområde for mange patienter, tegner interviewpersonerne således et billede af nogle rammer, som kun i begrænset omfang understøtter rådgivningen på dette område. På trods af det øgede fokus på kost og vægttab i forbindelse med den stigende fedmeproblematik, oplever interviewpersonerne, at de må nøjes med at give generelle råd om kostens sammensætning og derudover henvise patienter til et ofte uigennemskueligt privat marked.

”Selvfølgelig kan jeg kun snakke for mig selv, men jeg ved altså ikke voldsomt meget om kostplaner. Vi kender alle sammen nogle gode tommelfingerregler og nogle husråd fra Sundhedsstyrelsen, som vi kan ryste op med. Men når det kommer til diabetikerne, og de stiller med deres madplan, og hvor mange kalorier er der så i det, jeg spiste i går, det kan jeg jo slet ikke. Der er jeg jo ikke kvalificeret. Det er lidt snyd at sige, at vi rådgiver om det. Vi giver dem de der almindelige råd fra Sundhedsstyrel-

sen, og det er det, det bliver ved. Og vi har ikke rigtig nogen henvisningsmuligheder, ja, så kan vi henvise til en diætist i Fredericia eller Kolding eller Horsens. Men det er ventetid på 4 måneder, ikke.”

Praktiserende læge

Der eksisterer derfor muligvis et rådgivningspotentialt i at sikre sundhedspersonalet bedre henvisningsmuligheder på kost og vægtområdet.

4.5 Rådgivningsemner - den svære rådgivning om kost og vægttab

Interviewundersøgelsen viser også, at der udover henvisningsmuligheder er stor forskel på at rådgive om hhv. rygning, kost, fysisk aktivitet, overvægt og alkohol. Dokumentationen for sammenhængen mellem rygning og sygdom er af et omfang og en kvalitet, der har gjort indsatsen mod rygning til et af de højst prioriterede forebyggelsestemaer i de seneste 10-20 år (38). Interviewpersonerne betragter da også rådgivning om rygning som forholdsvist uproblematisk.

”Nej, det er ikke det samme. Rygning der kan man mere direkte sige til folk: Ved du hvad, det er fuldstændig åndssvagt. Og det er jo nødvendigt og så videre og så videre. De fede, der er noget mere personligt, noget mere sårbart over de der mennesker.”

Konsultationssygeplejerske

Rådgivning om fysisk aktivitet oplever mange af interviewpersonerne også forholdsvist uproblematisk. I modsætning til andre former for sundhedsadfærd oplever interviewpersonerne, at rådgivning om fysisk aktivitet i højere grad handler om at formidle et positivt budskab, idet det ikke kræver, at patienterne skal holde op med noget, som f.eks. at ryge, men at de skal vælge noget til, og hvor effekten i form af et øget velvære kommer hurtigt. Interviewpersonerne giver udtryk for, at rådgivning om fysisk aktivitet handler om at give patienterne et ekstra tilbud, og at dette modsat de andre sundhedsadfærd kan tage udgangspunkt i glæden ved fysisk aktivitet, som mange patienter oplever eller tidligere har oplevet.

Rådgivning om alkohol oplever interviewpersonerne derimod som involverende nogle andre problematikker end de øvrige sundhedsadfærd. Alkoholrådgivningen er præget af, at der ofte er tale om et afhængighedsforhold, og at der ofte følger store sociale problemer med. Interviewpersonerne skelner derfor mellem rådgivning om nedsættelse af alkoholforbrug og rådgivning om de øvrige sundhedsadfærd, og mener ikke, de kan sammenlignes.

”Der oplever jeg, at det sværeste, det er netop alkoholikeren. Der er det netop sådan, at den bedste medicin for dem, det er at komme ud og få nogle bajere. Ja undskyld mig. Dem kan vi jo simpelthen ikke motivere.”

”Det er jo også fordi, de har så mange i deres omgangskreds, der drikker. Det er ikke kun patienten, man har med at gøre, det er faktisk deres omgangskreds, og dem kan vi bare ikke behandle alle sammen.”

Sygeplejersker, medicinsk afdeling

Interviewpersonerne giver desuden generelt udtryk for, at rådgivning om kost og vægttab ofte er vanskelig. Rådgivning om kost involverer nogle andre problematikker end f.eks. rygning. For det første oplever interviewpersonerne dokumentationen og viden om kost og vægttab som mere komplekst, samtidig kræver eksempelvis rådgivning om sammensætning af kostplaner en meget deltajeret viden om og kendskab til området. Interviewpersonerne oplever for det andet vægt som en personlig problemstilling, idet den er knyttet til patientens udseende og dermed i højere grad til patientens identitet end f.eks. rygning. For det tredje opfatter interviewpersonerne overvægt som en psykologisk og social problemstilling i den forstand, at de anser (svær) overvægt som udspringende af en dybereliggende problematik på et personligt plan:

”Man fornemmer også, at det er et symptom på, at hun virkelig har det rigtig skidt i sit liv, i forhold til manden og sit barn og der er mange andre ting, der spiller ind. Så det er ikke bare overvægt. Det er en alvorlig sygdom, og det er nok også en psykosocial sygdom for mange. Et stort sammensurium af mange ting.”

Praktiserende læge

Rådgivningsemnet bringer således nogle forskellige problematikker i spil, som også har betydning for, hvordan rådgivningen konkret udøves.

4.6 Sammenfatning og diskussion

Opsummerende viser undersøgelsen, at størstedelen af sundhedspersonalet forsøger at motivere patienten til en adfærdssændring og/eller oplyser om de skadelige effekter af en given adfærd. Rådgivningsformer som henvisning til tilbud, opfølgende samtale og kontrol samt udlevering af pjecer er det kun en mindre andel blandt sundhedspersonalet, der bruger. Interviewundersøgelsen peger på, at muligheden for at henvise til handlingsanvisende rådgivning har stor betydning for personalets rådgivningsindsats, og at mangel på tilbud og henvisningsmuligheder især udgør en barriere i relation til rådgivning om kost og overvægt. For det andet peger undersøgelsen på, at omfanget og kvaliteten af dokumentationen for rygningens helbredsskadelige virkninger samt mange velorganiserede tilbud om rygestop kan gøre sundhedspersonalet mere tilbøjelig til at rådgive om rygning, idet rammerne gør det nemmere at yde en kompetent rådgivning. Det stigende antal overvægtige taget i betragtning kan der imidlertid være god grund til at udvikle bedre henvisningsmuligheder i relation til kost og overvægt.

Andre nyere undersøgelser har ligeledes dokumenteret, at der er mangel på henvisningsmuligheder i relation til kost og overvægt. Der er eksempelvis ca. 70 % af de deltagende praktiserende læger i Audit Projekt Odense (2005), som vurderer kapaciteten af de eksisterende tilbud på kostområdet uden for almen praksis som utilstrækkelige (11). Ligesom en undersøgelse af forebyggelsesaktiviteter i relation til overvægt og astma i almen praksis, foretaget af Sundhedsstyrelsen i 2004, viser, at de praktiserende læger efterspørger henvisningsmuligheder i relation til overvægt (47). Således synes det særligt at være i almen praksis, at manglende henvisningsmuligheder i relation til kost og overvægt udgør en barriere, men også i sekundær sektor efterspørges tilbud til overvægtige patienter.

Et dansk randomiseret studie sammenligner mulig helbredseffekt og risikoreduktion hos patienter i høj risiko for iskæmisk hjertesygdom, som følge af kostvejledning ved en praktiserende læge eller diætist. Studiet finder, at vægttab er større blandt gruppen, der modtog kostvejledning hos en diætist, mens reduktion i risiko for hjertekarsygdom var større blandt dem, der modtog kostvejledning hos en praktiserende læge. Forfatterne konkluderer blandt andet, at det i relation til overvægt er mere effektivt at henvise til længerevarende kostvejledning hos en diætist (48). Tilbud om kostvejledning hos diætist synes således at have en effekt på vægttab.

Da stigningen i antallet af overvægtige først og fremmest sættes i relation til et faldende fysisk aktivitetsniveau og et stigende fedtindhold i kosten blandt befolkningen (49) kan det overvejes, om et henvisningstilbud til overvægtige bør baseres på et tværfagligt fundament, som det er tilfældet med f.eks. hjerteskolet på medicinske afdelinger. Endvidere kan det også overvejes, om et eventuelt tilbud til overvægtige også bør gælde pårørende. Det er tilfældet på rygeområdet, da det er kendt, at en adfærdsændring opnås og vedligeholdes lettere, hvis den foretages sammen med nærmeste pårørende. Endelig bør henvisningstilbuddet organiseres, så det er muligt at henvise fra såvel primær som sekundær sektor. Henvisningstilbuddet kan f.eks. placeres i sundhedscentre eller alternativt på sygehuse. En effektiv henvisningsrutine afhænger af, at der udformes formelle henvisningsveje i forbindelse med en systematisering af arbejdsgangen. Det kan f.eks. ske ved at integrere henvisningen i journalføringen og ved information, eksempelvis gennem foldere eller via Internettet.

Endelig synes det generelle kendskab til henvisningsmuligheder i relation til sundhedsadfærd at have betydning for nogle faggruppers rådgivningspraksis, f.eks. blandt konsultationssygeplejersker og fysioterapeuter. Interviewpersonerne giver udtryk for, at det kan være svært at danne sig et overblik over hvilke aktuelle henvisningsmuligheder, der eksisterer i kommunen, og hvorvidt tilbud på sygehuse er åbne for patienter fra primær sektor. Opdateret informationsmateriale, der giver et lettilgængeligt overblik over lokalkommunale og regionale henvisningsmuligheder, som sundhedspersonalet har til rådighed i relation til rygestop, kost, motion, overvægt og alkohol, kan således muligvis også styrke rådgivningsindsatsen.

I Sundhedsstyrelsens rapport om risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse anbefales det, at man, frem for at tale om at gøre risikokommunikationen mere effektiv, synliggør og gør plads til den fortolknings- og forhandlingsproces, som er central for at forstå information om risiko og kunne relatere den til det levede liv. Det betyder, at mødet mellem sundhedspersonale og patient eller borger fordrer tid og rum, så der kan udfolde sig en dialog, og perspektiver kan udfordres (50). Rådgivning om sundhedsadfærd kræver med andre ord tid, rum og kompetencer. Hvis målet er, at sundhedspersonalet udøver en systematisk rådgivning, synes der at være behov for formuleringen af en "arbejdsinstruks" eller mere præcist en klinisk vejledning for, hvori systematisk rådgivning om sundhedsadfærd består. Desuden forekommer det væsentligt i den kliniske vejledning at fremhæve, at en systematisk rådgivningsindsats består af flere på hinanden følgende handlinger, som f.eks. registrering af patientens sundhedsadfærd samt henvisning til og gennemførelse af forebyggelsessamtale, og at en arbejdsdeling mellem forskellige sundhedspersonaler i forhold til rådgivningens enkelte elementer ofte er relevant. Retningslinjerne skal med andre ord tydeliggøre, hvilke opgaver der er den enkelte eller faggruppens ansvar i relation til rådgivning, og hvilke

opgaver der kan varetages i et tværfagligt samarbejde. Retningslinjerne skal være meningsfulde for den enkelte sundhedsprofessionelle uanset placering og funktion i sundhedsvæsenet. Det indebærer ikke, at nogle faggrupper eller specialer fritages fra ansvaret for at rådgive patienter om sundhedsadfærd, men er derimod en anerkendelse af, at sundhedspersonalet har forskellige vilkår og rammer for at rådgive om sundhedsadfærd, og at det er nødvendigt, at retningslinjerne for rådgivning er relevante og meningsfulde for den enkelte, hvis modvilje mod rådgivning skal mindskes.

Netværk for forebyggende sygehuse i Danmark har i en række initiativer udviklet og beskrevet retningslinjer for forebyggelse og sundhedsfremme på sygehuse. For eksempel har netværket beskrevet definitioner og strategier for implementering i relation til fysisk aktivitet, rygeophør og ernæring på sygehuse (51-53). Netværket har også udviklet standarder for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på sygehuse, der f.eks. stiller krav om, at sygehuset har en politik på området, og at sygehuset foretager en vurdering af behovet for forebyggelse i alle patientforløb (54). Initiativerne er dog fortrinsvist udbredt blandt netværkets medlemmer. Sundhedsstyrelsen offentliggjorde i 2004 16 nye SKS koder (Sundhedsvæsnets Klassifikations System) for forebyggelsesaktiviteter, herunder koder til forebyggelsessamtale og den motiverende samtale. Udbredelsen og brugen af koderne følges af Klinisk enhed for Sygdomsforebyggelse, der ventes at publicere den første opgørelse i løbet af 2006 (55). I Center for forebyggelse, Sundhedsstyrelsen, pågår der aktuelt et projekt, som har til hensigt at facilitere inkludering af fysisk inaktivitet og uhensigtsmæssig kost i journaloptagelse på sygehuse (56). Der eksisterer med andre ord allerede på nuværende tidspunkt en række initiativer, der har til formål at systematisere sundhedspersonalets forebyggende og sundhedsfremmende rådgivningsindsats, men som ifølge denne undersøgelse synes at have haft begrænset gennemslagskraft indtil videre. Disse kan imidlertid med fordel bruges som grundlag for arbejdet med en systematisk rådgivningsindsats i alle dele af sundhedsvæsenet.

5. Rådgivningskompetencer

En række studier peger på, at en oplevelse af at mangle tilstrækkelig viden om en given sundhedsadfærd og dens negative konsekvenser for helbredet kan afholde sundhedspersonalet fra at rådgive om sundhedsadfærd. Ligeledes kan manglende viden om, hvordan rådgivning om sundhedsadfærd gribes an, virke som en barriere for rådgivning (14-29). Rådgivning om sundhedsadfærd forudsætter således faktuel viden om de helbredsmæssige konsekvenser af f.eks. rygning eller fysisk inaktivitet og evnen til at formidle denne viden til patienten. Rådgivning om sundhedsadfærd forudsætter også sundhedspædagogiske kompetencer, da en væsentlig del af rådgivningen består i at motivere patienten til at initiere eller vedligeholde en livsstilsændring. I dette kapitel beskrives resultaterne af både spørgeskema- og interviewundersøgelsen med henblik på at kortlægge, hvilke rådgivningskompetencer sundhedspersonalet har, hvilke de selv skønner at mangle, og hvilken betydning rådgivningskompetencer har for personalets rådgivningsindsats.

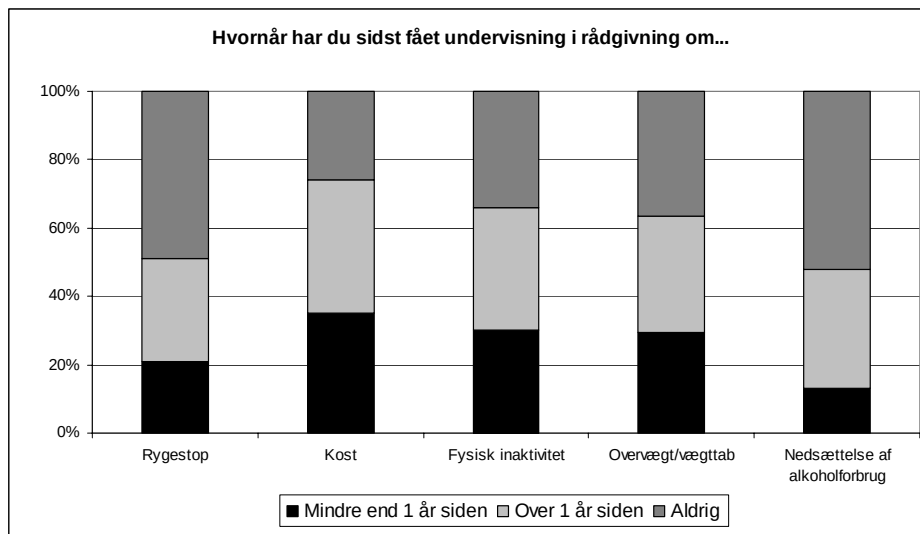
5.1 Erhvervede og selvoplevede rådgivningskompetencer

I spørgeskemaundersøgelsen er der spurgt til sundhedspersonalets rådgivningskompetencer på to måder. For det første er der spurgt til erhvervede rådgivningskvalifikationer, dvs. hvorvidt sundhedspersonalet har modtaget undervisning i rådgivning om hhv. rygestop, kostændringer, fysisk inaktivitet, overvægt og nedsættelse af alkoholforbrug. For det andet er der spurgt til, hvordan personalet selv vurderer deres faglige kompetencer i relation til forskellige aspekter af rådgivningsopgaven.

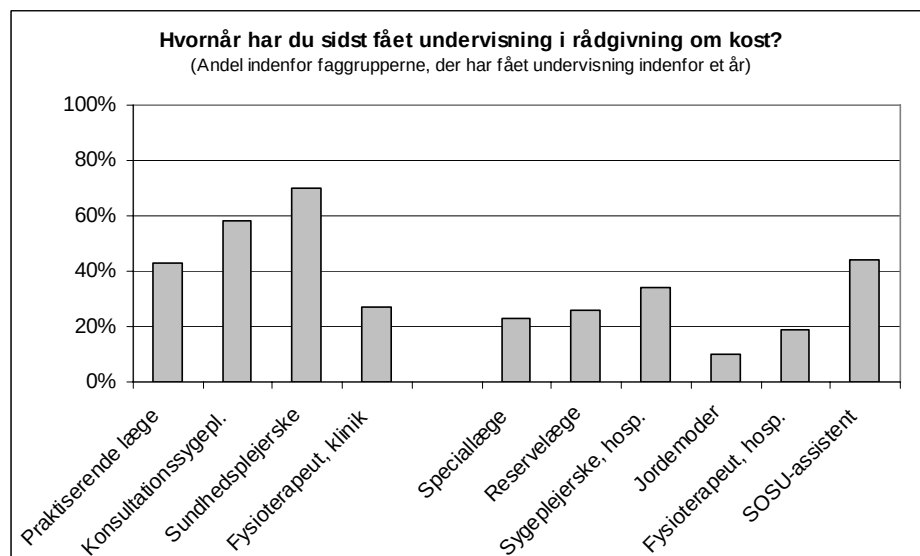
Figur 5.1 viser, hvornår sundhedspersonalet sidst har modtaget undervisning i rådgivning om henholdsvis rygestop, kost, fysisk inaktivitet, overvægt og alkohol. Ca. 30 % af sundhedspersonalet har modtaget undervisning i rådgivning om kostændringer, fysisk aktivitet og overvægt inden for det sidste år, og 20 % har modtaget undervisning i rådgivning i rygestop inden for det sidste år. Kun ca. 10 % har modtaget undervisning i rådgivning om nedsættelse af alkoholforbrug inden for det sidste år. Af figuren fremgår det også, at inden for emnerne overvægt, kost og fysisk inaktivitet har ca. 30 % aldrig modtaget undervisning, hvorimod op til ca. halvdelen af sundhedspersonalet aldrig har modtaget undervisning i rygestop og reduktion af alkoholforbrug.

Opgøres besvarelsenerne for de enkelte faggrupper ses først og fremmest en stor forskel på primær og sekundær sektor. Figur 5.2 viser andelen inden for de ti faggrupper, der har modtaget undervisning i rådgivning om kost inden for det sidste år. Heraf fremgår det, at langt færre blandt faggrupperne i sekundær sektor har modtaget undervisning i rådgivning om kost inden for det sidste år sammenlignet med faggrupperne i primær sektor. Af figuren fremgår det også, at der blandt plejepersonalet er flere, der har modtaget rådgivning inden for det sidste år. Fysioterapeuterne er den faggruppe, hvor den mindste andel har modtaget undervisning i rådgivning om kost.

Figur 5.1 Andel af den samlede studiepopulation, der har modtaget undervisning i rådgivning om sundhedsadfærd



Figur 5.2 Andel inden for faggruppe, der inden for det sidste år har fået undervisning i rådgivning om kost



Undervisning i rådgivning om rygning, fysisk aktivitet, overvægt/vægttab og alkohol fordeler sig på en lignende måde inden for faggrupperne. Blandt praktiserende læger, konsultationssygeplejersker og sundhedsplejersker har mellem 50-65 % modtaget undervisning i rådgivning om fysisk aktivitet og overvægt inden for det sidste år, hvilket er markant mere end i de øvrige faggrupper. Konsultationssygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne er de faggrupper, hvor flest (hhv. 39 og 30 %) har modtaget undervisning i rådgivning om rygning inden for det sidste år sammenlignet med de

øvrige faggrupper, hvor 8-22 % har modtaget undervisning i rådgivning om rygning inden for det sidste år. Fysioterapeuterne har primært modtaget undervisning i deres eget område, nemlig fysisk aktivitet, mens de for de øvrige former for sundhedsadfærd, særlig rygning og alkohol, er den faggruppe, hvor færrest har modtaget undervisning.

Sundhedspersonalet er også blevet spurgt om en række forhold, der belyser deres selvoplevede rådgivningskompetencer. På spørgsmålet om, hvorvidt de oplever at have tilstrækkelig viden til at rådgive om de helbredsmæssige konsekvenser af hhv. rygning, kost, fysisk inaktivitet og overvægt, svarer 90 % af sundhedspersonalet i alle tilfælde bekræftende. Lidt færre, ca. 80 %, oplever at have tilstrækkelig viden til at rådgive om de helbredsmæssige konsekvenser af et stort alkoholforbrug. Opgøres besvarelsene angående selvoplevede rådgivningskvalifikationer inden for de enkelte faggrupper, ses der ikke samme forskel på faggrupperne, som det var tilfældet med erhvervede rådgivningskompetencer. Fysioterapeuterne skiller sig dog ud, idet en signifikant mindre andel sammenlignet med de øvrige faggrupper oplever at have tilstrækkelig viden til at rådgive om de helbredsmæssige konsekvenser af hhv. rygning, kost og et stort alkoholforbrug.

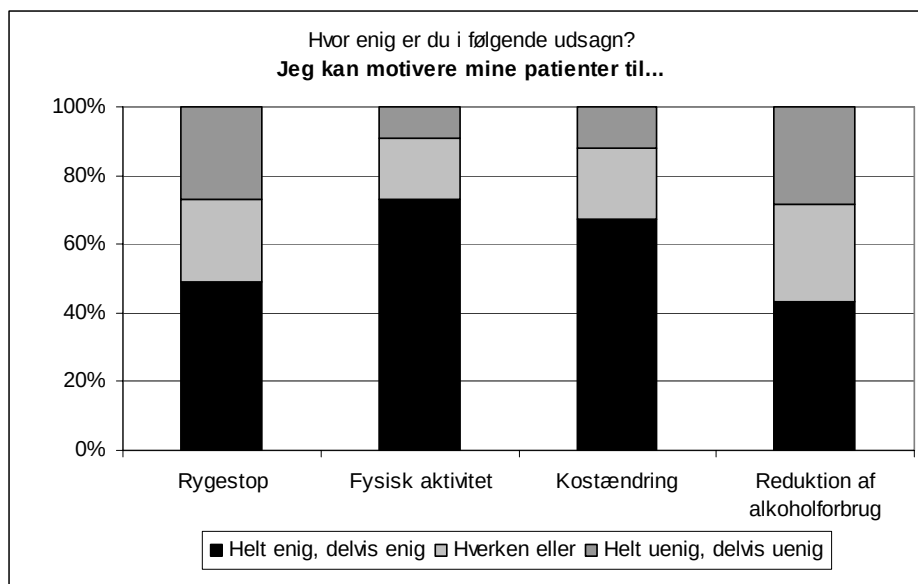
Hvorvidt sundhedspersonalet finder det nemt at rådgive om sundhedsadfærd, og oplever at de kan motivere patienter til adfærdsændringer, kan også ses som et udtryk for sundhedspersonalets selvoplevede rådgivningskvalifikationer. Ca. 80 % af sundhedspersonalet i denne undersøgelse angiver, at de er helt eller delvist enige i, at det er nemt at rådgive om sundhedsadfærd. Dog er andelen, der er enige i at det er nemt at rådgive, lidt mindre blandt klinikansatte fysioterapeuter og hospitalsansatte fysioterapeuter (hhv. 74 og 76 %).

Figur 5.3 viser, hvor stor en andel blandt de adspurgte der oplever, at de kan motivere deres patienter til livsstilsændringer. Figuren viser, at ca. 65 % af sundhedspersonalet mener, at de kan motivere deres patienter til at blive mere fysisk aktive og til at omlægge deres kostvaner. Ca. 50 % mener, at de kan motivere patienter til rygestop, og ca. 40 % mener, at de kan motivere til nedsættelse af alkoholforbruget.

Igen er fysioterapeuterne den faggruppe der adskiller sig mest fra det generelle billede, idet ca. 90 % af fysioterapeuterne angiver, at de kan motivere til øget fysisk aktivitet. I forhold til rygestop, kost og nedsættelse af alkohol er fysioterapeuterne dog den faggruppe, hvor færrest sammenlignet med de øvrige faggrupper er helt eller delvis enige i, at de kan motivere til adfærdsændringer.

Ovenstående peger på en række forcer og potentialer i relation til sundhedspersonalets rådgivningskompetencer. Det er bemærkelsesværdigt, at langt størstedelen af sundhedspersonalet oplever at have tilstrækkelig viden til at kunne rådgive om helbredskonsekvenserne af hhv. rygning, usund kost, fysisk inaktivitet, overvægt og stort alkoholforbrug. Sammenlignet med en tidligere undersøgelse blandt hospitalspersonale i 2000 synes denne undersøgelse at pege på, at der i alle faggrupper i dag er flere, der oplever sig selv som kvalificerede til at udføre rådgivning om sundhedsadfærd (14). Der synes med andre ord at eksistere et øget fundament for rådgivning om sundhedsadfærd. Den øgede viden om sammenhængen mellem sundhedsadfærd og helbred blandt sundhedspersonalet kan muligvis tolkes som et udtryk for, at forebyggelse og sundhedsfremme har fået en større bevågenhed i sundhedsvæsenet og samfundet generelt.

Figur 5.3 *Selvoplevet kompetence til at motivere patienter til adfærdsændringer i den samlede studiepopulation*



Spørgeskemaundersøgelsen viser også, at mere end en tredjedel af sundhedspersonalet har modtaget undervisning i rådgivning. Samtidig må det også konstateres, at knap halvdelen af personalet aldrig har modtaget undervisning i nedsættelse af alkoholforbrug og rygestop, og at en tredjedel aldrig har modtaget undervisning i kostændringer, fysisk aktivitet og vægttab. Selvom størstedelen af sundhedspersonalet oplever at have tilstrækkelig viden til at kunne rådgive, peger undersøgelsen således også på et behov for i højere grad at sikre sundhedspersonalet mulighed for kompetenceudvikling i relation til rådgivning om sundhedsadfærd.

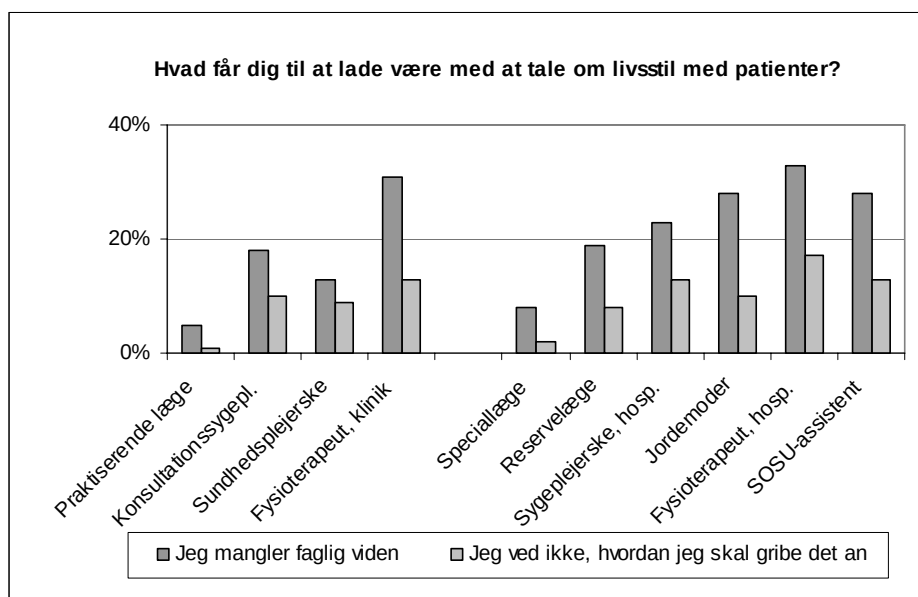
5.2 Hvilke kompetencer efterspørges?

I spørgeskemaundersøgelsen er svarpersonerne blevet bedt om at angive, hvilke forhold der kan få dem til at rådgive mere om livsstil. Undervisning i metoder til at ændre patienters sundhedsadfærd er det forhold, som flest svarpersoner (63 %) peger på som et potentiale for en styrket rådgivningsindsats. Herudover har 49 og 44 % af sundhedspersonalet angivet, at erfaringsudveksling og supervision er forhold, der kan virke fremmende for en øget rådgivningsindsats. Til sammenligning angiver en femtedel, at manglende faglig viden udgør en barriere for rådgivning. 10 % angiver manglende viden, om hvordan rådgivning skal gribes an, som en barriere for rådgivning. Figur 5.4 viser fordelingen af disse to spørgsmål på faggrupperne. Praktiserende læger og speciallægerne skiller sig ud ved, at en signifikant mindre andel oplever manglende viden som en barriere for rådgivning sammenlignet med de øvrige faggrupper. Blandt fysioterapeuter angiver en relativ stor andel manglende faglig viden som en barriere for rådgivning.

Sundhedspersonalet synes således primært at efterspørge sundhedspædagogiske kompetencer. Et resultat som interviewundersøgelsen også støtter. Over halvdelen af

svarpersonerne i spørgeskemaundersøgelsen angiver patientens manglende motivation, som et forhold der kan få dem til at undlade at rådgive om sundhedsadfærd.

Figur 5.4 Andel inden for faggrupperne, der angiver manglende viden som en barriere for rådgivning



Patientens manglende motivation er et grundvilkår ved rådgivning, der ikke kan fjernes, men som kan håndteres på forskellig vis af sundhedspersonalet. Interviewundersøgelsen peger på, at det at kunne håndtere patientens manglende motivation er en væsentlig rådgivningskompetence:

”Men jeg synes, det er frustrerende at sidde med, fordi den behandling de egentlig skal have, den vil de ikke have. De kommer egentlig for at få noget penicillin, for at få det her væk. Og det skal være nu. De kommer ikke for at høre, at de skal holde op med at ryge. [...] Man kan så sige, så lad dem dog ryge. Men så er det i virkeligheden ikke rigtigt at give dem penicillin, så skulle de måske have en inhalator. Men det vil mange af dem ikke have. For mange af dem, de skal have det overstået inden for 10 dage. Det skal være væk, færdig, slut med det. Og så kan vi gå videre igen. Og det synes jeg er en træls og håbløs diskussion, som man kører død i hver evig eneste dag, faktisk.”

Praktiserende læge

Som citatet illustrerer, oplever nogle interviewpersoner arbejdet med at motivere patienter til adfærdsændringer som en frustrerende og til tider nytteløs arbejdsopgave. Andre accepterer patientens manglende motivation som et grundvilkår ved rådgivning om sundhedsadfærd, og synes ikke at blive frustreret over, at det tager tid at motivere patienter til adfærdsændringer.

Hvorvidt den enkelte sundhedsprofessionelle tilhører den ene eller anden gruppe synes at hænge sammen med, om vedkommende har modtaget undervisning i rådgivning om sundhedsadfærd. Ifølge interviewpersonerne klæder undervisning for det første den enkelte på til at håndtere de elementer af afvisning og gentagelse, som rådgivning om sundhedsadfærd kan indebære. For det andet kan undervisning i rådgivning om sundhedsadfærd være med til at gøre sundhedspersonalet mere realistisk i relation til, hvad de kan forvente at opnå med rådgivningen. Dermed kommer undervisningen også til at virke præventiv i forhold til, at sundhedspersonalet mister lysten til og troen på rådgivning om sundhedsadfærd, som en konsekvens af patientens (gentagne) manglende motivation for livsstilsændringer. Interviewpersoner, som har modtaget undervisning i at rådgive om sundhedsadfærd, synes ikke i samme omfang at blive frustreret af at skulle motivere deres patienter gentagne gange uden at opnå effekt. Interviewundersøgelsen peger således på, at patientens manglende motivation for at modtage rådgivning, i højere grad synes at udgøre en barriere, hvis sundhedspersonalet ikke via målrettede kurser, som f.eks. "Den motiverende samtale", er udstyret med sundhedspædagogiske rådgivningskompetencer. Det kommer f.eks. også til udtryk ved, at nogle interviewpersoner efterspørger øgede kompetencer i kommunikation som en hjælp til at håndtere rådgivningssituationer.

"Altså, jeg tror det er kommunikation, der er alfa og omega i det der. Og det kan vi jo hele tiden blive bedre til. (...) Sådan noget som konkret kommunikationstræning, det tror jeg faktisk kunne være et godt redskab at få for os sundhedsplejersker. (...) fordi det er kommunikation, det er det redskab, vi bruger hele tiden."

Sundhedsplejerske

Begge delundersøgelser synes således at pege på, at det primært er sundhedspædagogiske kompetencer, der efterspørges af sundhedspersonalet. Dette resultat stemmer overens med, at størstedelen af personalet, som tidligere beskrevet, oplever deres faglige viden som tilstrækkelig til at rådgive om de helbredsmæssige konsekvenser af sundhedsadfærd.

5.3 Har kompetencer betydning for rådgivningsindsats?

Sundhedspersonalets erhvervede og selvoplevede rådgivningskompetencer, opgjort som henholdsvis modtaget undervisning og det at opleve sin viden som tilstrækkelig, synes at hænge sammen. Uanset sundhedsadfærden er der flere blandt sundhedspersonalet, som aldrig har modtaget undervisning i rådgivning om sundhedsadfærd, som vurderer deres viden som utilstrækkelig sammenlignet med gruppen af sundhedspersonale, som har modtaget undervisning inden for det sidste år. Sammenhængen skal dog ses i lyset af, at langt den overvejende del af de adspurgte, som beskrevet, vurderer deres viden som tilstrækkelig, uanset om de har modtaget undervisning eller ej.

Sammenholdes erhvervede rådgivningskompetencer med hyppighed af rådgivning, ses en entydig tendens til, at det at have modtaget undervisning inden for det sidste år er forbundet med en større chance for at rådgive dagligt om sundhedsadfærd. Denne sammenhæng ses både i simple krydstabuleringer og i logistiske regressioner, hvor der er taget højde for andre forhold, som f.eks. faggruppe, se Bilag 3 for alle værdier i de

gennemførte logistiske regressionsanalyser. Således har sundhedspersonale med en høj score på uddannelsesskalaen en tre gange så høj odds ratio ($OR = 3,3 [2,2-5,0]$) for at bruge en time eller mere dagligt på sundhedsrådgivning sammenlignet med sundhedspersonale, som har en lav score. En sammenhæng som altså gør sig gældende uanset faggruppe, køn, alder og selvoplevede rådgivningskompetencer. Samme sammenhæng genfindes ikke i forhold til selvoplevede rådgivningskvalifikationer, hvor der ikke ses signifikante forskelle mellem sundhedspersonale, som har hhv. en høj og en lav score på den selvoplevede vidensskala. Derimod har sundhedspersonale, som finder det nemt at tale med patienter om sundhedsadfærd, en større chance ($OR = 3,8 [1,1-12,9]$) for at bruge en time eller mere dagligt på rådgivning sammenlignet med sundhedspersonale, som ikke er enige i, at det er nemt at rådgive patienter om sundhedsadfærd.

Sammenhængen mellem erhvervede rådgivningskompetencer og omfang af rådgivning ses både i relation til rådgivning om rygning, kost, fysisk aktivitet, overvægt og alkohol. Der ses f.eks. en signifikant sammenhæng mellem rådgivningskvalifikationer og daglig rådgivning om rygestop, idet sundhedspersonale, som har modtaget undervisning i rygestop inden for det sidste år, har en større chance for at rådgive dagligt om rygestop ($OR=4,1, [2,7-6,4]$) sammenlignet med sundhedspersonale, som aldrig har modtaget undervisning i rådgivning om rygestop. Denne tendens ses også i forhold til selvoplevede rådgivningskvalifikationer, dog er associationen ikke statistisk signifikant. Sundhedspersonale som har svaret, at de kan motivere patienter til rygestop, har ligeledes en signifikant større sandsynlighed for at rådgive dagligt om rygestop ($OR=1,9 [1,2-3,1]$) sammenlignet med sundhedspersonale, der ikke har tiltro til, at patienter kan motiveres til rygestop. Samme mønster ses ligeledes i relation til rådgivning om kost, fysisk aktivitet, overvægt og alkohol.

I forhold til den fundne sammenhæng mellem erhvervede rådgivningskompetencer og rådgivningsindsats er det dog vigtigt at knytte det forbehold, at spørgeskemaundersøgelsens tværsnitsdesign har den ulempe, at konklusioner om kausalitet ikke kan forekomme. Det vil sige, at vi ikke ud fra spørgeskemaundersøgelsen entydigt kan konkludere, at mere undervisning af sundhedspersonalet automatisk vil føre til en mere hyppig og systematisk rådgivningspraksis. Vi kan blot konstatere, at rådgivning er hyppigere forekommende blandt sundhedspersonale, som har modtaget undervisning i rådgivning, anser rådgivning for nemt, og/eller mener, at de kan motivere til en adfærdsændring. En sådan sammenhæng kan lige så godt opstå som en konsekvens af, at de som ofte rådgiver om sundhedsadfærd og i forvejen har en stor viden om rådgivning, også er dem der opsøger mere viden og ønsker at udbygge deres kompetencer.

I den forbindelse peger analysen af interviewmaterialet på, at det i højere grad er sundhedspersonale, som ofte rådgiver om sundhedsadfærd, der efterspørger og styrker deres rådgivningskompetencer. Sammenholdes f.eks. analyserne af interviewene med personalet på henholdsvis medicinsk og kirurgisk afdeling, er efterspørgslen efter rådgivningskompetencer sammenhængende med, hvor højt rådgivning om sundhedsadfærd prioriteres på afdelingen. Plejepersonalet på den medicinske afdeling giver f.eks. udtryk for, at de har et ønske om og behov for konstant at forny deres rådgivningskompetencer, i og med at rådgivning er en stor del af deres daglige arbejdsopgaver. Således har størstedelen af interviewpersonerne modtaget undervisning relateret til rådgivning, hvilket blandt andet er muliggjort af, at kompetenceudvikling prioriteres på afdelingen.

Deltagelse i kurser og seminarer om rådgivningsrelaterede emner virker ifølge interviewpersonerne desuden som en katalysator for og inspiration i den daglige udøvelse af rådgivning, idet undervisning og kurser giver et nyt blik på noget velkendt. Ifølge interviewpersonerne er det med andre ord ikke bare et spørgsmål om at have de nødvendige kompetencer, men også om at undervisning motiverer og inspirerer til en mere ihærdig udøvelse af rådgivning om sundhedsadfærd:

”Selvom det er en ting, man kender godt til, så er det godt at få det frisket op engang imellem, og det giver altid noget nyt.”

”Jeg har været uddannet i mange år og kan godt gå og tro, at man ved noget, men der kommer hele tiden nyt, så det er enormt vigtigt at komme af sted.”

”Jo flere gange man er af sted, jo mere bevidst bliver man, også om nogle af de mekanismer, der motiverer.”

Sygeplejersker, medicinsk afdeling

På organkirurgisk afdeling er billedet på mange måder det modsatte, idet plejepersonalet på denne afdeling oplever, at rådgivningsopgaven fylder forholdsvis lidt i deres hverdag, og de oplever derfor ikke det samme behov for undervisning i sundhedsadfærd, som kollegaerne på medicinsk afdeling. Det er primært andre kompetencer end rådgivningskompetencer, der kommer i spil og efterspørges dagligt. Interviewpersonerne har ikke deltaget på kurser eller seminarer om rådgivning om sundhedsadfærd og giver udtryk for, at de koncentrerer deres videns- og kompetenceudvikling omkring deres speciale frem for omkring rådgivning om sundhedsadfærd.

Interviewundersøgelsen peger således på, at rådgivningskompetencer efterspørges i de miljøer, hvor rådgivningsopgaven er integreret med de øvrige opgaver, som den enkelte sundhedspersonale varetager, og hvor rådgivning og dermed også kvalifikationer i tilknytning hertil har en høj prioritet i det daglige arbejde. Omvendt synes det også indlysende, at undervisning i rådgivning om sundhedsadfærd har en positiv effekt på rådgivningsindsatsen. I den forbindelse peger interviewundersøgelsen på, at undervisning i rådgivning om sundhedsadfærd kan fungere som motivations- og inspirationskilde for det sundhedspersonale, som udfører rådgivning og dermed er medvirkende til en øget rådgivningsindsats. Om disse er de eneste forklaringer på den fundne sammenhæng er ikke muligt at konkludere, men det giver dog en indsigt i, hvilken funktion rådgivningskompetencer kan have i relation til sundhedspersonalets rådgivningsindsats.

5.4 Sammenfatning og diskussion

Opsummerende viser undersøgelsen, at mere end en tredjedel af sundhedspersonalet har modtaget undervisning i rådgivning. Halvdelen har aldrig modtaget undervisning i rådgivning om rygestop og nedsættelse af alkoholforbrug, og en tredjedel har aldrig modtaget undervisning i rådgivning om kostændringer, fysisk aktivitet og vægttab. Langt størstedelen af sundhedspersonalet finder deres viden tilstrækkelig til at rådgive om helbredskonsekvenserne af en given sundhedsadfærd og efterspørger primært en styrkelse af deres sundhedspædagogiske rådgivningskompetencer. Modtaget undervisning i at rådgive om sundhedsadfærd er signifikant associeret med en hyppig rådgiv-

ningsindsats, og der synes derfor at være et potentiale i at styrke sundhedspersonalets rådgivningskompetencer.

Ovenstående resultater skal dog ses i relation til en række forbehold. Spørgsmålet om, hvorvidt svarpersonerne oplever, at de har tilstrækkelig viden til at rådgive om de helbredsmæssige konsekvenser af sundhedsadfærd, er i spørgeskemaet meget bredt formuleret. Det at have tilstrækkelig viden kan f.eks. opfattes som oplevelsen af at have et minimum af viden til at rådgive om sundhedsadfærd. Spørgsmålets udformning kan med andre ord have haft betydning for kvaliteten af svarene, og det kan derfor være svært at afgøre, om sundhedspersonalet rent faktisk oplever at have den nødvendige faglige viden til at varetage rådgivning om sundhedsadfærd. F.eks. er det overraskende, at der er flere, der har svaret, at de har tilstrækkelig viden om kost, overvægt og fysisk aktivitet, da et tidligere internationalt studie netop har peget på, at disse områder er forbundet med mere uklare retningslinier og derfor er vanskelige at rådgive om (21).

Spørgsmålet om, hvorvidt svarpersonerne har modtaget undervisning i rådgivning om sundhedsadfærd, er ligeledes meget bredt formuleret. Et bekræftende svar kan således dække over alt lige fra formidling af faglig viden, f.eks. sammenhængen mellem en konkret sundhedsadfærd og helbred, til mere færdighedsorienteret undervisning, f.eks. undervisning i konkrete rådgivningsmetoder. Vi ved med andre ord ikke noget om typen og omfanget af den undervisning, som svarpersonerne angiver at have modtaget. Ligeledes ved vi ikke noget om hvilket regi, de har modtaget undervisningen i, herunder om det har været som led i deres arbejde. Det er derfor ikke på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen muligt at konkretisere, hvilken faglig viden eller konkrete kompetencer kan føre til en øget rådgivningsindsats. Vi ved ikke, om alle typer af kurser og undervisning vil føre til en øget rådgivningsindsats, eller om undervisningen skal have en bestemt udformning og et bestemt indhold for at påvirke sundhedspersonalets rådgivningspraksis positivt.

På trods af disse forbehold synes der ikke at være tvivl om, at styrkede rådgivningskompetencer udgør et potentiale i relation til en øget rådgivningsindsats. Udnyttelsen af potentialet kræver, at der afsættes ressourcer til kompetenceudvikling af sundhedspersonalet samt et kursusudbud, der kan dække de mange aspekter ved rådgivning om sundhedsadfærd. Det nuværende kursusudbud har både en national og lokal karakter, idet kurser eller temadage udbydes af de faglige selskaber, amter, sygehuse og nogle steder også kommuner, såvel som der eksisterer flere private tilbud, der omhandler sundhedsadfærd. I relation til rådgivning om rygestop er der f.eks. udviklet frokostmøder i nikotinerstatning, undervisning i helbredsfordele ved rygestop, kurser i rygevane-samtalen og rygestopinstruktøruddannelsen (12). Ligeledes er der udviklet undervisningstilbud, der sætter fokus på rådgivning om sundhedsadfærd generelt, f.eks. kurser i "Den motiverende samtale" og en diplomuddannelse i forebyggelse og sundhedsfremme. I relation til rådgivning om alkohol eksisterer der f.eks. kurser i "Samtaler om alkohol" og "Du bestemmer". På langt de fleste områder eksisterer der med andre ord allerede på nuværende tidspunkt en lang række kurser og initiativer. Hvis det potentiale, der eksisterer i at styrke sundhedspersonalets rådgivningskompetencer, skal udnyttes, synes det således blandt andet at være et spørgsmål om, at sundhedspersonalets arbejdsgivere, som f.eks. sygehus- og afdelingsledelsen, i højere grad prioriterer kompetenceudvikling i relation til rådgivning om sundhedsadfærd blandt personalet.

Et område, hvor der derimod synes at være mangel på mulighed for kompetenceudvikling, er i relation til kost og overvægt. Som diskuteret tidligere, peger interviewundersøgelsen på, at områderne kost og overvægt er svære at håndtere for sundhedspersonalet. I spørgeskemaet har en tredjedel af sundhedspersonalet imidlertid svaret, at de inden for det sidste år har modtaget undervisning i rådgivning om både kost og overvægt. Hvad indholdet og omfanget af denne undervisning har været, har vi som beskrevet ikke mulighed for at sige noget om på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen. Med udgangspunkt i interviewundersøgelsen og en gennemgang af eksisterende kursustilbud synes der imidlertid at være behov for udvikling af et kursus i rådgivning om kost og overvægt målrettet til de faggrupper, der møder mange overvægtige patienter, og som ofte rådgiver om kost. Det vil sige f.eks. praktiserende læger, praksispersonale, jordemødre, sundhedsplejersker og hospitalsansat plejepersonale. Kurset kan i sin udformning f.eks. inspireres af rygestopinstruktøruddannelsen og uddanne deltagerne i sundhedspædagogiske metoder og evidensbaseret viden om kost og vægttab. Kurset skal gøre den sundhedsprofessionelle i stand til at rådgive patienter om helbredsfordele ved en sund kost, gennemgang af nuværende kostvaner, udarbejdelse af kostplan og læsning af varedeklARATIONER. I sekundær sektor vil en ressourceperson på kostområdet muliggøre, at mere sundhedspersonale i deres daglige arbejde, som på rygeområdet, kan henvise overvægtige patienter til en kollega, der har en særlig viden om rådgivning i kost og overvægt.

I sekundær sektor er arbejdsdifferentieringen høj. Interviewundersøgelsen viser, at afdelinger, der prioriterer rådgivning om sundhedsadfærd højt, også har en høj grad af arbejdsdifferentiering i relation til rådgivning om sundhedsadfærd, f.eks. ved at have diætister, fysioterapeuter, rygestopinstruktører mm. tilknyttet afdelingen. Desuden synes der i sekundær sektor også at være store interne forskelle på rådgivningsmiljøerne på de enkelte afdelinger – mest oplagt mellem kirurgisk og medicinsk afdeling. Afdelingstilhørsforhold, og ikke bare faggruppe, synes således at have betydning i sekundær sektor. Det kan derfor overvejes i sekundær sektor at rette tiltagene mod afdelingens rådgivningsmiljø frem for kun den enkelte sundhedsprofessionelle, og f.eks. betragte opbygningen af rådgivningskompetencer på afdelingsniveau frem for på individniveau. En afdeling kan f.eks. vurdere, hvorvidt de har tilstrækkelige rådgivningskompetencer ved at identificere ressourcepersoner i relation til rygestop, fysisk inaktivitet, kost og overvægt samt alkohol. Tilsvarende kan der arbejdes på afdelingsniveau med at bevidstgøre sundhedspersonalet om de specifikke sammenhænge mellem de på afdelingen forekommende sygdomme og tilstande og sundhedsadfærd. Når den enkelte afdeling afklarer ansvarsfordeling, fysiske rammer og personaleressourcer i relation til rådgivning om sundhedsadfærd, kan de således også afklare, hvilke aktuelle rådgivningskompetencer, der eksisterer på afdelingen, og hvordan de kan sikres fremover.

6. Sundhedspersonalets egen sundhedsadfærd

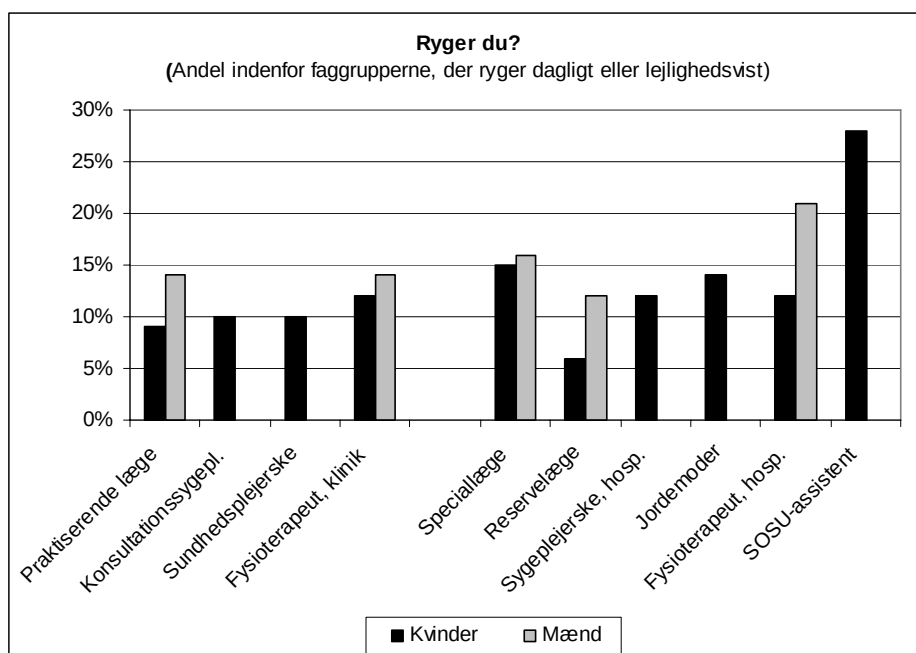
Dette kapitel handler om sundhedspersonalets egen sundhedsadfærd og om at være positiv rollemodel for en sund livsstil. Tidligere studier har vist, at sundhedspersonalets egen sundhedsadfærd har betydning for deres viden om og holdning til rådgivning om sundhedsadfærd, samt for hvor meget de rådgiver. To studier har vist, at sundhedspersonale, der selv er fysisk aktive, hyppigere rådgiver patienter om fysisk aktivitet, har større tillid til egne rådgivningskvalifikationer, i højere grad anser rådgivning om fysisk aktivitet som relevant og har modtaget undervisning i at rådgive om fysisk aktivitet (26; 57). Ligeledes findes der både internationale og et dansk studie, der viser, at ikke-rygende sundhedspersonale er mere positivt stemt overfor rådgivning om både rygeophør og sundhedsadfærd generelt, og at de ved mere om rygestop end sundhedspersonale, der ryger (14; 23; 33-35). I det følgende præsenteres vores kortlægning af sundhedspersonalets ryge-, kost-, motions- og alkoholvaner samt analyser af, hvorvidt personalets egen sundhedsadfærd har betydning for deres rådgivningsindsats. Endelig præsenteres analyserne af, hvordan sundhedspersonalet forholder sig til at skulle være rollemodel for en sund livsstil.

6.1 Sundhedspersonalets rygevaner

I alt ryger 15 % af sundhedspersonalet i denne undersøgelse, og 27 % er tidligere rygere. Til sammenligning viser en opgørelse foretaget af Rambøll Management for Sundhedsstyrelsen, at der i 2004 var 25 % i den generelle befolkning der røg, svarende til 28 % blandt mænd og 23 % blandt kvinder (58). Figur 6.1 viser rygeprævalensen blandt de enkelte faggrupper fordelt på køn. Af figuren fremgår det, at rygeprævalensen blandt det kvindelige sundhedspersonale generelt er lavere end blandt det mandlige sundhedspersonale, hvilket svarer til mønsteret i den øvrige befolkning. Med undtagelse af social- og sundhedsassistenter er rygeprævalensen lavere blandt alle faggrupper sammenlignet med den generelle befolkning. Blandt social- og sundhedsassistenter er der en markant større andel rygere, idet 28 % i denne faggruppe har svaret, at de ryger, på trods af at det er en faggruppe, hvor langt størstedelen er kvinder. På den anden side er rygeprævalensen blandt sundhedsplejersker 10 % og hhv. 9 og 6 % blandt mandlige og kvindelige reservelæger, hvilket er signifikant lavere sammenlignet med prævalensen i de øvrige faggrupper og markant lavere end i den generelle befolkning.

Sammenholder vi tallene fra 2005 med tidligere opgørelser af rygeprævalensen blandt sundhedspersonalet, ses en udvikling mod færre rygere blandt disse. Sundhedspersonalets rygevaner i dag synes at adskille sig fra sundhedspersonalets rygevaner for både fem og ti år siden. I en undersøgelse fra 1996 af sundhedspersonalets rygevaner var der mellem 16 og 22 % daglige rygere i alle faggrupper bortset fra blandt social- og sundhedsassistenter, hvor 40 % røg dagligt (59). Således er andelen af rygere blandt jordemødre f.eks. halveret fra 1996 til 2005, og blandt alle faggrupper kan der observeres et fald frem til 2005.

Figur 6.1 Andel der ryger fordelt på faggruppe og køn



En undersøgelse af bl.a. rygestatus blandt personalet på Frederikssund Sygehus i 2000 viser ligeledes markant flere rygere i alle faggrupper end i dette studie (14). Opgørelsen fra 2000 er dog ikke direkte sammenlignelig med denne undersøgelse. Opgørelsen fra 2000 omhandler for det første kun hospitalsansat sundhedspersonale, og for det andet opnåede studiet en ualmindelig høj svarprocent (91%) på grund lokale initiativer, hvilket betyder, at studiet sandsynligvis ikke har haft det samme bortfald af rygere, som må forventes i denne undersøgelse. Frafaldet i nærværende undersøgelse kan muligvis være karakteriseret ved flere rygere, hvorfor fortolkningen af udviklingen fra 2000-2005 skal foretages med varsomhed. Udviklingen fra 1996 til 2005 fremgår af Tabel 6.1.

Tabel 6.1 Rygeprævalens blandt udvalgte faggrupper i 1996 og 2005

	1996*	2005
Læger	15-22 %	9-16 %
Sygeplejersker	21 %	10-13 %
Jordemødre	22 %	14 %
Fysioterapeuter	17 %	12-13 %
Sosu/sygehjælper	40 %	28 %

* Kilde: (59)

6.2 Sundhedspersonalets øvrige sundhedsadfærd

Ser vi på de øvrige sundhedsadfærd som kost-, motions- og alkoholvaner, tegner der sig også et billede, hvor sundhedspersonalet generelt har en sundere livsstil end den generelle befolkning. Desuden har 90 % af sundhedspersonalet angivet, at deres nuværende helbredstilstand er god eller virkelig god, og kun 1 % har svaret, at deres helbredstilstand er dårlig eller meget dårlig. Dette er gennemgående for alle faggrupper. I Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne, som kortlægger bl.a. selv vurderet

helbredstilstand og sundhedsadfærd blandt tilfældigt udtrukne danskere, vurderer 6 % af de adspurgte i 2000, at deres helbredstilstand er dårlig eller meget dårlig (60).

Sundhedspersonalets Body Mass Index (BMI) er beregnet på baggrund af svarpersonernes angivelser af deres højde og vægt. Langt den overvejende del (73 %) af personalet er normalvægtige, hvilket er svarende til et BMI på 18,5 - 25. 22 % af svarpersonerne er overvægtige, svarende til et BMI på 25-30, og kun en meget lille del (1 %) er undervægtig (BMI mindre end 18,5). 4 % af sundhedspersonalet er svært overvægtige, hvilket svarer til et BMI på 30 eller mere. Blandt konsultationssygeplejersker, sundhedsplejersker, reservelæger og hospitalsansatte fysioterapeuter er omkring 80 % normalvægtige, og der er generelt flere normalvægtige blandt kvinder end blandt mænd. Af Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen fremgår det, at halvdelen af alle mænd og ca. to tredjedele af alle kvinder i normalbefolkningen i 2000 var normalvægtige (60). Der er således en større andel af normalvægtige i denne undersøgelse sammenlignet med baggrundsbefolkningen.

Over 94 % af sundhedspersonalet angiver, at deres alkoholforbrug ligger inden for de anbefalede genstandsgrænser for henholdsvis mænd og kvinder. Kun 6 % af den samlede studiepopulation har angivet at drikke flere end de anbefalede ugentlige genstande. Ca. 10 % af speciallægerne og de praktiserende læger drikker mere end de anbefalede genstandsgrænser, hvorimod kun 2-5 % af reservelægerne, de hospitalsansatte sygeplejersker, fysioterapeuter, jordemødrene og social- og sundhedsassistenterne drikker mere end genstandsgrænserne. Sammenlignes andelen, der drikker mere end genstandsgrænserne, blandt sundhedspersonalet med den generelle befolkning, er der ligeledes færre i denne undersøgelse, der har et større alkoholforbrug end baggrundsbefolkningen (12 %) (60).

Langt den overvejende del af sundhedspersonalet dyrker enten motionsidræt eller lettere motion (f.eks. cykling og gang). Kun 3 % af svarpersonerne har stillesiddende fritidsinteresser, og kun 3 % dyrker konkurrenceidræt. Sammenligner man faggruppernes aktivitetsniveau i fritiden, ses den mest markante forskel i forhold til, at en større andel blandt fysioterapeuterne og reservelægerne generelt dyrker konkurrenceidræt (7-12 %). Til sammenligning angav 16 % i normalbefolkningen i 2000 i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen, at de har stillesiddende aktiviteter (60).

Sundhedspersonalets kostvaner er blandt andet karakteriseret ved, at en stor andel (30 %) aldrig smører fedtstof på brødet, og at 93 % spiser frugt, salat/råkost og kogte grøntsager en eller flere gange dagligt. Konsultationssygeplejersker, sundhedsplejersker og jordemødre er de faggrupper, hvor flest (80 % eller mere) har svaret, at de spiser frugt eller grønt 2-3 gange dagligt. I modsætning hertil har 65 % af speciallægerne angivet at spise frugt eller grønt 2-3 gange dagligt. Konsultationssygeplejerskerne adskiller sig ligeledes fra de andre faggrupper ved, at en større andel (39 %) angiver aldrig at smøre fedtstof på brødet. For begge kostvariabler gælder det, at kvinder spiser sundere end mænd. 14 % i normalbefolkningen angav i 2000 i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen, at de spiser frugt, salat/råkost eller kogte grøntsager sjældnere end 1-2 gange ugentligt (60). Sundhedspersonalets egen sundhedsadfærd fremgår af Tabel 6.2.

Tabel 6.2 Sundhedspersonalets sundhedsadfærd*

	%	N
<i>Rygning</i>		2.742
Aldrig ryger	57	
Tidligere ryger	27	
Ryger <15 cig./dag	11	
Ryger ≥ 15 cig./dag	6	
<i>Selvvurderet helbred</i>		2.742
Virkelig godt	30	
Godt	60	
Nogenlunde, dårligt, meget dårligt	10	
<i>BMI</i>		2.714
Undervægtig (BMI<18,5)	1	
Normalvægtig (BMI 18,5-24,9)	73	
Overvægtig (BMI >25)	22	
Svær overvægtig (BMI ≥ 30)	4	
<i>Alkoholforbrug</i>		2.471
Lille forbrug (<1/3 af genstandsgrænser)	50	
Moderat forbrug (1/3 genstandsgrænser -genstandsgrænser)	44	
Højt forbrug (> genstandsgrænser)	6	
<i>Aktivitetsniveau, fritid</i>		2.471
Læser, ser fjernsyn el. lign.	3	
Går, cykler el. lign.	37	
Motionsidræt	58	
Konkurrenceidræt	3	
<i>Kostvaner, indtag af frugt og grønt</i>		2.741
3 gange dagligt eller mere	30	
2 gange dagligt	40	
1 gang dagligt	23	
Sjældnere	7	

*% er vægtet. N er uvægtet.

6.3 Har egen sundhedsadfærd betydning for rådgivningsindsats?

Som beskrevet i kapitel 2 har vi undersøgt sammenhængen mellem hyppighed af rådgivning og sundhedspersonalets egen sundhedsadfærd både gennem simple krydstabuleringer og gennem multivariate regressionsanalyser, se Bilag 3 for en samlet opgørelse af regressionsanalyserne. Når der ikke tages højde for forhold som f.eks. køn og rådgivningskompetencer, finder vi en sammenhæng mellem hyppighed af rådgivning og hhv. ryge-, kost- og motionsvaner. Tabel 6.3 viser sammenhængen mellem sundhedspersonalets rygestatus og hyppighed af rådgivning af patienter om rygestop. Af tabellen fremgår det, at der er flere blandt ikke-rygerne, der rådgiver dagligt om rygestop sammenlignet med rygerne, og at der er flere tidligere rygere, som rådgiver om rygestop sammenlignet med sundhedspersonale, som aldrig har røget. Omvendt er der flere blandt storrygerne, der aldrig rådgiver om rygning sammenholdt med gruppen, der ryger mindre end 15 gram tobak dagligt.

Tilsvarende finder vi umiddelbart en signifikant sammenhæng mellem sundhedspersonalets kostvaner (angivet ved indtag af frugt og grønt) og hyppighed af rådgivning om kost, idet flere blandt sundhedspersonalet, der spiser frugt og grønt mere end én gang dagligt, rådgiver om kostændringer dagligt. Blandt sundhedspersonale, der dyrker konkurrencesport, er der også signifikant flere, der rådgiver dagligt om fysisk aktivitet end blandt dem, der har angivet andre aktivitetsniveauer. Derimod finder vi ikke nogen

sammenhæng mellem rådgivning om vægttab og sundhedspersonalets BMI. Ligeledes synes det ikke at have nogen betydning for sundhedspersonalets rådgivning om nedsættelse af alkoholforbrug, om de har et lille, moderat eller højt forbrug af alkohol. At vi umiddelbart ikke finder en sammenhæng mellem sundhedspersonalets BMI og alkoholvaner og hyppighed af rådgivning om hhv. vægttab og nedsættelse af alkoholforbrug skyldes formodentlig, at der er meget få blandt svarpersonerne, der opgiver at drikke mere end genstandsgrænserne eller er svært overvægtige.

Tabel 6.3 Sammenhæng mellem rygestatus og rådgivning om rygestop

		Sundhedspersonalets egen rygestatus				N*
		Aldrig ryger	Tidligere ryger	Ryger (< 15 g. dgl.)	Ryger (≥ 15 g. dgl.)	
Hvor tit taler du med patienter om rygestop?	Aldrig eller sjældent	39 %	30 %	38 %	66 %	875
	Ugentligt	45 %	53 %	50 %	19 %	1419
	Dagligt	16 %	18 %	12 %	15 %	448
N*		1.624	747	290	81	2742

P-værdi = 0,00

*Uvægtet

Når vi kontrollerer for faggruppe, køn, alder og rådgivningskompetencer, forsvinder ovenstående sammenhæng mellem sundhedspersonalets egen sundhedsadfærd og rådgivningsindsats imidlertid, når det gælder rygning og fysisk aktivitet. Den eneste sundhedsadfærd, hvor vi stadig kan observere en sammenhæng med hyppighed af rådgivning, er indtag af grønt og frugt. Således har sundhedspersonale, der indtager frugt og grønt mv. tre gange dagligt eller mere, en signifikant større sandsynlighed for at rådgive dagligt om kostændringer sammenlignet med sundhedspersonale, der spiser frugt og grønt én gang dagligt eller sjældnere (OR=1,9 [1,2-3,1]). Se Bilag 3 for samlede opgørelser af resultaterne af regressionsanalyserne.

Danske og internationale studier har, som tidligere beskrevet, fundet en sammenhæng mellem sundhedspersonalets egen sundhedsadfærd og blandt andet hyppighed af rådgivning. F.eks. finder et dansk studie, at sundhedspersonalets egne rygevaner har betydning for deres rådgivning af patienter om rygeophør, idet ikke-rygere rådgiver oftere end rygere, og at eks-rygere rådgiver oftere end sundhedspersonale, der aldrig har røget (61). Flere internationale studier peger ligeledes på, at sundhedspersonalets individuelle rygestatus har betydning for rådgivning om rygeophør (33; 34). I nærværende studie finder vi kun en lignende sammenhæng i relation til sundhedspersonalets kostvaner, mere præcist deres indtag af frugt og grøntsager. At vores fund ikke stemmer overens med litteraturen, kan muligvis skyldes, at kun en relativ lille andel blandt svarpersonerne ryger, er fysisk inaktive og drikker mere end genstandsgrænserne. Det kan også hænge sammen med, at rygning blandt sundhedspersonalet i dag i højere grad er forbundet med stigmatisering, og at rygende sundhedspersonale er hyppigere forekommende blandt de svarpersoner, der ikke ønskede at deltage i undersøgelsen – eller at rygende sundhedspersonale har underreporteret deres rygevaner. Vores undersøgelse kan derfor være behæftet med rapporteringsbias.

6.4 Rollemodel for en sund livsstil?

Sundhedspersonalet møder dagligt et bredt udsnit af befolkningen og opfattes ofte af patienter og borgere som rollemodeller for en sund livsstil. Ifølge Dahlager kan rådgivning om sundhedsadfærd i et magtperspektiv betragtes som en særlig form for styring, hvor borgeren gennem rådgivningen styres til at styre sig selv mod sundere valg. Ifølge Dahlager kan rådgivning om sundhedsadfærd dog analyseres, ikke kun som en styring af patienten eller borgeren mod en sundere livsstil, men i ligeså høj grad som en styring eller formning af sundhedspersonalet. En styring der etablerer sundhedspersonalet i en etisk eller moralsk rolle, hvor de ikke kun er helbredere eller omsorgsgivere, men også forebyggere der skal leve op til og signalere de værdier, de rådgiver om (62). I rådgivning om sundhedsadfærd personliggøres ifølge Dahlager det professionelle forhold, der normalt er mellem patient og behandler, idet sundhedspersonalets eget personlige valg af de rette værdier, som f.eks. vægt og rygestatus, bringes i spil. De skal med andre ord ikke bare være professionelle, men også rollemodeller for en sund livsstil (63).

I spørgeskemaundersøgelsen angiver 79-92 % blandt faggrupperne, at de er helt eller delvist enige i, at de som sundhedspersonale skal gå foran med et godt eksempel ved selv at have en sund livsstil. 10-12 % blandt speciallæger, reservelæger og praktiserende læger angiver, at de er uenige i, at de skal fremstå som rollemodeller, og de er dermed de faggrupper, hvor flest er negativt stemt. Mere end 90-92 % af sundhedsplejersker, konsultationssygeplejersker og klinikansatte fysioterapeuter angiver at være enige i, at de skal gå foran med et godt eksempel.

Interviewundersøgelsen peger også på, at sundhedspersonalet i vid udstrækning mener, at de bør være rollemodeller for en sund livsstil. Interviewpersonerne oplever det som problematisk, hvis der ikke er sammenhæng mellem de budskaber, de giver patienterne, og deres egen handlen og adfærd. Interviewpersonerne accepterer således mere eller mindre at skulle signalere sundhed og skelner ikke skarpt mellem deres professionelle og private liv på dette område.

”Men det er jo lidt, som jeg siger, at jeg skulle sådan af med det rygning der. Der er jo ikke nogen af jer, der stoler på mig, for I ved alle sammen, jeg ryger i min fritid, ikke. Altså, det var total utroværdigt ikke. Hvis man skal prøve at sælge en vare...”

Sygeplejerske, hospitalsansat

Interviewundersøgelsen peger dog også på, at denne tilsyneladende enighed om ikke at skelne mellem det professionelle og private liv, også indebærer en række dilemmaer, når kollegaer ikke er i stand til at efterleve intentionen om at være rollemodel for en sund livsstil. På den ene side mener interviewpersonerne, at målet helliger midlet, og på den anden side mener de, at en kollega ikke kan fratages opgaver, når årsagen ikke er manglende faglige kompetencer men vedkommendes livsstil. Ifølge interviewpersonerne udgør problemstillingen et tabu, som ingen tør håndtere åbent. Særligt giver overvægt anledning til diskussion blandt interviewpersonerne, da vægt ikke som rygning kan holdes adskilt fra arbejdspladsen:

”Det er der jo megen diskussion af. Skal vi selv være slanke og cykle og lade være med at ryge for at kunne undervise i det her? Og der må man sige, selvfølgelig har man selv en holdning til det, altså, men det er jo...vi havde sådan et fokusgruppeinterview ovre hos os med nogle studerende, som gerne ville høre, hvad patienterne synes om vores intervention, de lavede en rapport over det. Og det var jeg meget spændt på, for vi har faktisk en medarbejder, der er meget tyk, og så har vi en, der var meget tyk, og som så har tabt sig, ikke. Det blev ikke nævnt overhovedet. Der var ingen af patienterne, der sad 10, og jeg havde troet, at det ville være noget, de ville nævne. For de siger det til mig ind imellem, at de synes, det er latterligt, at der står en, der selv er smadder tyk og fortæller om, at man skal dyrke motion og tabe sig. Altså, det siger de nogle gange til mig. Men i det der fokus, der siger de det ikke. Altså min helt private holdning er, at jeg synes, man må være rimelig slank, hvis man skal stå og fortælle om, hvor vigtigt det er, at man finder en sund livsstil. Men altså, jeg tror ikke, man skal nævne det højt ret mange steder, man kan godt komme lidt i problemer med det. På [sted] har de en meget tyk medarbejder, og de synes f.eks. ikke, at hun kan undervise i en større gruppe. Det er noget, der bliver diskuteret meget, men man kan bare ikke sige det til hende, for hun kan ikke bære det, fordi hun er rigtig tyk.”

Speciallæge

Ovenstående tydeliggør, at der er behov for en debat om, hvorvidt eller i hvilken udstrækning sundhedspersonalet kan forventes at være rollemodeller for en sund livsstil. På nuværende tidspunkt er det op til den enkelte afdeling at sætte de etiske retningslinjer for, hvordan problemstillingen skal håndteres. Det betyder, at personalet oftest er i tvivl om, hvordan de skal håndtere en situation, hvor idealerne om være en positiv rollemodel er i konflikt med virkeligheden.

6.5 Sammenfatning og diskussion

Opsummerende viser undersøgelsen, at der sammenlignet med den øvrige befolkning er relativt få rygere, få med et stort alkoholforbrug, mange med aktive fritidsinteresser og med sunde kostvaner blandt sundhedspersonalet. Bortset fra personalets kostvaner synes egen sundhedsadfærd ikke at have betydning for deres rådgivningsindsats, når der tages højde for andre forhold som f.eks. faggruppe og rådgivningskompetencer. Endelig viser undersøgelsen, at størstedelen blandt sundhedspersonalet mener, at de bør være rollemodel for en sund livsstil, men at det at være rollemodel for en sund livsstil også rummer en række dilemmaer, som det kan være vanskeligt for den enkelte afdeling at håndtere.

På baggrund af de beskrevne resultater kan det diskuteres, hvorvidt der fortsat er knyttet et rådgivningspotentiale til rygestoptilbud og andre sundhedsfremmende tiltag blandt sundhedspersonalet. I mange faggrupper er andelen af rygere relativt lav, og der synes derfor i højere grad at være behov for en indsats, der gennem uddannelse og viden søger at påvirke sundhedspersonalet til en øget rådgivningsindsats uafhængig af egen sundhedsadfærd.

En række forbehold knytter sig dog til de beskrevne resultater. Sundhedspersonalets sunde helbredsprofil skal for det første ses i lyset af gruppens køns- og alderssammensætning samt uddannelsesniveau. I denne undersøgelse består studiepopulationen af flere kvinder og flere med en længere skole- og erhvervsuddannelse (13+ år) end i normalbefolkningen. Det er veldokumenteret, at der f.eks. er færre rygere blandt kvinder end blandt mænd. Ligesom færre danskere med en længerevarende uddannelse ryger sammenlignet med danskere med en kort uddannelse (60). I denne undersøgelse ses det således også, hvordan de fleste faggrupper domineret af kvinder på områder som rygning, kost og BMI fremstår sundere end faggrupper domineret af mænd eller med blandet kønssammensætning. Desuden indgår kun personer i denne undersøgelse, hvis alder og helbred tillader dem at være på arbejdsmarkedet, hvorfor den samlede studiepopulation naturligvis vil fremstå raskere end normalbefolkningen. Den forskel, som vi har observeret mellem sundhedspersonale og den generelle befolknings helbredsprofil, kan med andre ord sandsynligvis tilskrives en forskellig fordeling af faktorer, som køn, alder, socioøkonomisk status og arbejdsmarkedstilknytning.

Et andet forhold, som kan have haft betydning, er, som vi kort har været inde på, muligheden for rapporteringsbias i spørgeskemaundersøgelsen. Sundhedspersonalet, som er blevet bedt om at medvirke i undersøgelsen, vil være klar over det delformål, som er beskrevet i dette kapitel, hvilket formodentlig vil føre til et frafald af personale med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Det kan give anledning til, at vi observerer en lavere rygeprævalens blandt sundhedspersonalet, end det rent faktisk er tilfældet. Mange sygehuse er blevet eller bliver aktuelt røgfri, og generelt ses en udvikling i retning af en mere restriktiv rygepolitik, aktuelt kulminerende i fremsættelsen af lovforslaget om rygeforbud i offentlige rum. Af interviewundersøgelsen fremgår det også, at det i højere grad er forbundet med stigmatisering for sundhedspersonalet at være ryger. Disse forhold kan også have været med til skabe en rapporteringsbias i relation til sundhedspersonalets egen sundhedsadfærd. Problemstillingen er desuden kendt fra undersøgelser i den almindelige befolkning.

7. Undersøgelsens metodiske begrænsninger

Nærværende rapport har haft til hensigt i dansk regi at kortlægge og analysere sundhedspersonalets rådgivningspraksis. Som beskrevet i kapitel 2, har vi valgt at belyse formålet med et design bestående af en spørgeskemaundersøgelse blandt et repræsentativt udsnit af personalet og en interviewundersøgelse. Nedenfor diskuterer vi de begrænsninger, der er knyttet til de to delundersøgelser, og hvorvidt der på baggrund af undersøgelsen kan drages generaliserende konklusioner på baggrund af undersøgelsens datagrundlag og design.

7.1 Begrænsninger ved spørgeskemaundersøgelsen

Spørgeskemaundersøgelsens primære formål var at kortlægge sundhedspersonalets rådgivningspraksis i relation til patienters sundhedsadfærd og desuden identificere mulige betydende forhold herfor. Spørgeskemaet blev udviklet med udgangspunkt i tidligere nationale og internationale undersøgelser af faktorer med betydning for sundhedspersonalets rådgivningspraksis. Heraf fremgår det, at faktorer såsom sundhedspersonalets egen sundhedsadfærd, holdning til rådgivningsopgaven, uddannelse i håndtering af rådgivning, faggruppe og sektor i varierende omfang er associeret med den rådgivningsindsats, som sundhedspersonale udfører. Denne undersøgelses resultater peger på, at nogle af disse forhold (herunder uddannelse, faggruppe og holdning) også har betydning for rådgivningsindsatsen blandt sundhedspersonale i Danmark. En række begrænsninger ved spørgeskemaundersøgelsen i relation til bortfald af svarpersoner, spørgeskemaets udformning, studiedesign og analysevalg er dog relevante at diskutere som baggrund for denne rapports konklusioner.

Svarpersoner til spørgeskemaundersøgelsen blev udtrukket tilfældigt fra de faglige organisationers medlemslister, hvorfor det må forventes, at der i udgangspunktet er blevet udtrukket et repræsentativt udsnit af sundhedspersonale, inden for de respektive faggrupper. Der er dog ikke lavet egentlige bortfaldsanalyser af de personer, som ikke har besvaret spørgeskemaet. Det er derfor ikke muligt at afgøre, om der i gruppen af personer som blev ekskluderet på grund af manglende telefonoplysninger er tale om en bestemt gruppe sundhedspersonale, f.eks. i relation til rådgivningspraksis og sundhedsadfærd. Andre af de udtrukne svarpersoner valgte af forskellige årsager ikke at deltage. Primære årsager til bortfald var som nævnt i afsnittet om undersøgelsens design (kapitel 2), at svarpersonerne ikke ønskede at deltage, eller at de ikke var at træffe i den periode, der var afsat til undersøgelsen. Det er heller ikke på baggrund heraf muligt at afgøre, om der er sket et systematisk frafald af sundhedspersonale. Sundhedspersonale, der ikke interesserer sig for rådgivning om sundhedsadfærd og derfor udøver denne praksis meget lidt, kan f.eks. være hyppigere forekommende blandt dem, der ikke ønskede at deltage i undersøgelsen. Konklusioner om omfang af rådgivningspraksis kan derfor være overvurderede. På samme måde er det sandsynligt, at der blandt sundhedspersonale med mere usund livsstil er flere, der har fravalgt at deltage i denne undersøgelse, hvilket kan betyde, at denne undersøgelse overestimerer sundhedspersonalets sunde livsstil. Omvendt kan frafald være begrundet i, at nogle af de udtrukne

svarpersoner ikke har haft tid til besvarelse, f.eks. fordi de i forvejen afkræves deltagelse i en række andre undersøgelser. Er dette den primære årsag til frafald, er det ikke givet, at der er forskel mellem sundhedspersonale, der har valgt at besvare spørgeskemaet, og dem der ikke har.

Der er, som det fremgår af tabel 1 i kapitel 2, forskel i svarprocenten faggrupperne imellem. Bortfaldet er eksempelvis større blandt praktiserende læger og fysioterapeuter end blandt jordemødre og social- og sundhedsassistenter. De observerede forskelle mellem faggruppernes rådgivningspraksis kan således også være behæftet med usikkerhed, hvis de bortfaldne svarpersoner inden for faggrupperne ikke er bærere af samme karakteristika. Der er dog temmelig høj svarprocent inden for alle faggrupper, hvorfor en skæv fordeling af f.eks. sundhedsadfærd eller rådgivningspraksis næppe har haft den store betydning.

Det er tidligere blevet diskuteret, hvordan nogle af spørgsmålene i spørgeskemaet er formuleret meget bredt, f.eks. i relation til undervisning og sundhedspersonalets egen oplevelse af at have tilstrækkelig viden. Dette må anses for at være en svaghed ved spørgeskemaundersøgelsen, da det er vanskeligt at fortolke det præcise indhold af de sundhedsprofessionelles svar. Derudover peger interviewundersøgelsen på en række forhold med indflydelse på sundhedspersonalets rådgivningspraksis, f.eks. henvisningsmuligheder, lokale politikker på forebyggelsesområdet, og uddannelsesmuligheder som ikke fremgår af spørgeskemaet. Bl.a. på grund af den bevidst brede tilgang til rådgivning om sundhedsadfærd har begrebet vist sig vanskeligt at operationalisere i spørgeskemaet. Her har interviewundersøgelsen ligeledes givet anledning til identifikation af andre rådgivningsformer end dem, der fremgår af spørgeskemaet. En omvendt rækkefølge af de to delundersøgelser kunne have været medvirkende til en validering af spørgeskemaet mht. mere præcise og fyldestgørende svarkategorier.

Eftersom denne undersøgelse er den eneste af sin art, er studiets tværsnitsdesign uomgængeligt, men dog problematisk i forhold til at drage konklusioner om kausaliteten af de fundne associationer mellem rådgivningspraksis og mulige forklarende faktorer. Det er ikke muligt at afgøre, om rådgivningspraksis er direkte influeret af f.eks. rådgivningskvalifikationer, eller om der blandt sundhedsprofessionelle, der i forvejen rådgiver meget, er en større tilbøjelighed til at opøge undervisning i rådgivning.

I bearbejdningen af spørgeskemaets data har det været hensigten at præsentere materialet i en deskriptiv form samt foretage analyser af associationer mellem rådgivning om sundhedsadfærd og mulige betydende faktorer herfor. I de logistiske regressionsanalyser er samtlige af de mulige forklarende variable inddraget i samme model. Baggrunden for valget af denne analysestrategi var, at ingen af de forklarende variable blev betragtet som værende vigtigere end andre. Der indgik desuden ikke overvejelser omkring den indbyrdes korrelation mellem de mulige forklarende variable og dermed relevansen i at inddrage samtlige variable i analysen. Det er f.eks. sandsynligt, at selvoplevede rådgivningskompetencer er en direkte følge af, om sundhedspersonalet har modtaget undervisning i rådgivning om sundhedsadfærd, og derfor skal anses for at være en intermediær faktor frem for selvstændigt at være associeret med rådgivning. På lignende måde kan sundhedspersonalets egen sundhedsadfærd være en følge af en positiv holdning til en sund livsstil – og dermed også rådgivning om livsstil – og således også kun indirekte relateret til rådgivningsindsatsen. At samtlige variable indgik i analysen kan anses for at være en begrænsning ved analysen, men samtidig er

analyserne i denne undersøgelse første analyser på et relativt stort og komplekst datamateriale. Man kunne desuden have valgt at kontrollere for effektmodifikation, dvs. om associationen mellem forklarende variable og rådgivningsindsatsen er stærkere inden for bestemte grupper af sundhedspersonalet. Et eksempel herpå kunne være, at associationen mellem erhvervede rådgivningskvalifikationer og rådgivning var større blandt praktiserende læger end fysioterapeuter eller blandt kvinder end mænd. Dette blev ligeledes fravalgt i denne undersøgelse, men er bestemt en relevant analyse at foretage i eventuelle kommende analyser af datamaterialet.

7.2 Begrænsninger ved interviewundersøgelsen

Vi har anvendt fokusgruppelinterview til at supplere spørgeskemaundersøgelsens resultater af, hvad der former sundhedspersonalets rådgivningspraksis. Styrken ved interviewundersøgelsen er, at den kvalitative metode giver mulighed for at tilrettelægge dataindsamlingen åbent, således at informanternes udsagn ikke påvirkes af fastlagte kategorier. Interviewmaterialet rummer dog en række svagheder, der skal tages højde for i konklusionen af undersøgelsens resultater. For det første er der tale om et begrænset materiale. Fokusgruppernes størrelse varierer fra 3 til 11 deltagere, afhængig af hvor mange informanter det var muligt at samle. For det andet kan den måde interviewpersonerne er udvalgt på have haft betydning for undersøgelsens resultater, idet det muligvis i højere grad er sundhedspersonale, som har en særlig interesse eller er engagerede i rådgivning om sundhedsadfærd, der har valgt at deltage i interviewene. En tredje umiddelbar svaghed ved interviewmaterialet er, at social- og sundhedsassistenter af logistiske årsager kun deltog i det ene fokusgruppelinterview med hospitalsansat plejepersonale. I relation til gruppen af reservelæger og speciallæger rummer materialet den svaghed, at vi af praktiske årsager var nødt til at interviewe reservelæger og speciallæger samlet på trods af de forskelle i arbejdsfunktioner, der gør sig gældende for disse to grupper.

7.3 Samlet vurdering af undersøgelsens begrænsninger

Begge delundersøgelser er baseret på sundhedspersonalets egne oplysninger om deres rådgivningspraksis. At der kan være en række problemer forbundet med kun at have oplysninger fra sundhedspersonalet selv ses f.eks. i relation til uddannelse. Begge undersøgelser peger på, at særlig uddannelse i emner relateret til rådgivning om sundhedsadfærd har betydning for, hvor meget og hvem sundhedspersonalet rådgiver, men også for hvordan de griber rådgivningen an. Hvor de to delundersøgelser således er enige om betydningen af undervisning, peger nogle resultater dog i modsatte retninger. Eksempelvis angiver ca. en tredjedel af sundhedspersonalet at have modtaget undervisning i rådgivning om henholdsvis kost og overvægt inden for det sidste år, og 9 ud af 10 finder deres viden tilstrækkelig i relation til de to emner. Adspurgt i interviewundersøgelsen om deres rådgivningskvalifikationer oplever mange af interviewpersonerne dog netop kost og overvægt som et vanskeligt rådgivningsemne, hvor de ofte kan komme til kort, og hvor mulighederne for kurser og videreuddannelse er begrænsede. På tilsvarende måde angiver mere end halvdelen af de praktiserende læger, at de henviser til konkrete tilbud, når de taler med patienter om overvægt og væggtab. I interviewundersøgelsen fremhæves det dog af de interviewede praktiserende læger, at manglen på henvisningsmuligheder i relation til overvægt, er et stort problem, og at de

foruden muligheden for opfølgende samtale og vægtkontrol i almen praksis ofte må overlade deres patienter til et uigennemskueligt privat marked. Dette fund understøttes af tidligere undersøgelser (21; 60).

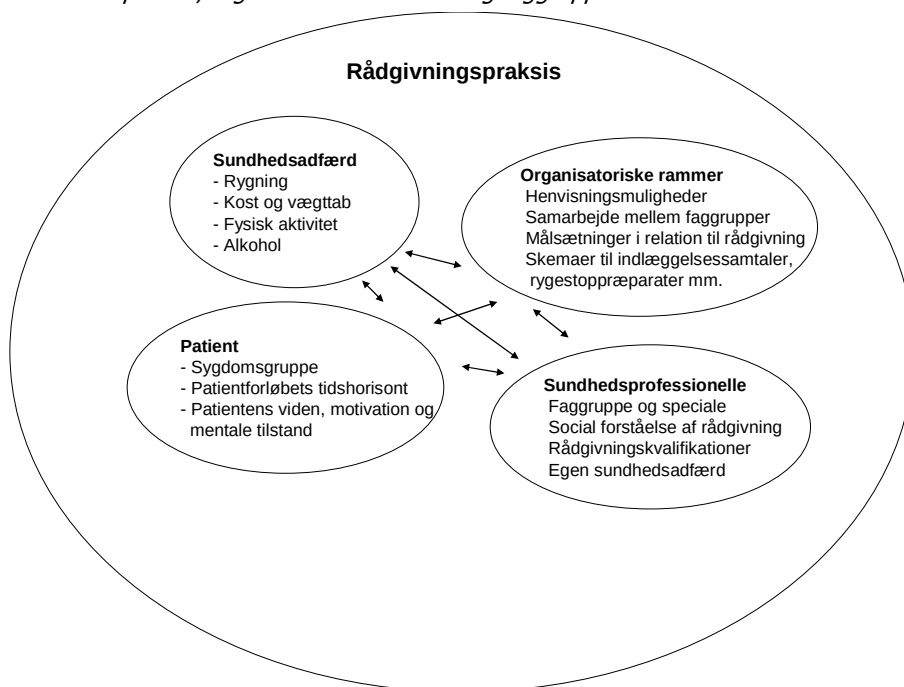
En svaghed ved undersøgelsen er således, at den kun belyser sundhedspersonalets rådgivningspraksis fra personalets eget synspunkt, og at vi ikke har f.eks. en audit eller et observationsstudie at holde resultaterne op imod. Vi ved derfor ikke, hvor præcist et billede af omfanget og arten af rådgivning vores undersøgelse giver. Undersøgelsens resultater bør med andre ord ses i lyset af, at det er sundhedspersonalets egen angivelse af deres rådgivningspraksis, og at deres svar f.eks. kan være influeret af ønsket om at fremstille sig selv som dygtigt og kompetent personale, der lever op til sundhedspolitiske og samfundsmæssige forventninger i relation til rådgivning om sundhedsadfærd.

8. Ti faggrupper, ti rådgivningspraksis

I de foregående kapitler har vi beskrevet, hvordan sundhedspersonalets rådgivningspraksis opstår i et komplekst samspil mellem en lang række faktorer. I dette kapitel opsummerer og samler vi op på undersøgelsens resultater.

Overordnet indeholder undersøgelsen en række positive budskaber, idet rådgivningsopgaven f.eks. anerkendes som en vigtig opgave af alle faggrupper, og for de fleste faggrupper indgår som en del af den daglige praksis. Således rådgiver en tredjedel af sundhedspersonalet systematisk alle patienter med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Undersøgelsen viser også, at rådgivning om sundhedsadfærd ikke kan anskues uafhængigt af den faggruppe, der realiserer den, de rammer rådgivningen udspiller sig i, de patienter rådgivning er rettet mod eller den sundhedsadfærd rådgivningen omhandler. Dette samspil er forsøgt illustreret nedenfor i Figur 8.1. Cirklerne i figuren er fyldt ud med de væsentligste af de forhold, som undersøgelsen har vist former sundhedspersonalets rådgivningsindsats. Der kan både være tale om en positiv eller negativ påvirkning, f.eks. synes tilstedeværelsen af gode henvisningsmuligheder og en formuleret rådgivningspolitik at have en positiv indvirkning på sundhedspersonalets rådgivningsindsats, men fraværet af samme synes at hæmme personalets rådgivningsindsats. På tilsvarende måde synes korte patientforløb at hæmme rådgivning, mens længerevarende patientforløb ofte rummer flere rådgivningsmuligheder.

Figur 8.1 Rådgivning om sundhedsadfærd – et samspil mellem sundhedsadfærd, patient, organisatoriske rammer og faggruppe



Tidligere undersøgelser har også vist, at patientgruppe, faggruppe, organisatoriske rammer og sundhedsadfærd former sundhedspersonalets rådgivningsindsats (12; 14; 32). Nærværende undersøgelses bidrag er blandt andet, at der også synes at være et komplekst samspil mellem disse faktorer, som i høj grad kan påvirkes gennem de organisatoriske rammer. Undersøgelsen peger på, at der eksisterer en række uklarheder i relation til f.eks. krav til og mål for rådgivning om sundhedsadfærd. Uklarheder der virker som en barriere for sundhedspersonalets rådgivningsindsats, og som er med til at skabe en ulige adgang til rådgivning om sundhedsadfærd. I og med, at der ikke eksisterer klare entydige målsætninger, er det op til den enkelte sundhedsprofessionelle at afgøre, hvad målet med rådgivning om sundhedsadfærd er og dermed også, hvornår en rådgivning har været succesfuld. Det resulterer i, at nogle sundhedsprofessionelle vælger at afstå fra at rådgive, idet forventningerne til hvad rådgivningen skal resultere i, enten bliver for høje eller ikke forekommer meningsfulde i forhold til den enkeltes arbejdssituation. Ligeledes eksisterer der uklarhed om, hvem der skal varetage hvilke rådgivningsopgaver. Manglen på en klar arbejdsdeling svækker også rådgivningsindsatsen, da det giver nogle sundhedsprofessionelle en til tider ubegrundet forventning om, at andre varetager rådgivning eller det resulterer i en uhensigtsmæssig arbejdsdeling. Undersøgelsen viser også, at der er store forskelle på, hvilke redskaber og henvisningsmuligheder de enkelte sundhedsprofessionelle har til rådighed i forbindelse med rådgivning om sundhedsadfærd. Manglen på redskaber til systematisk kortlægning af sundhedsadfærd medvirker f.eks. til, at rådgivningen i højere grad personliggøres, idet det er den enkelte sundhedsprofessionelle, der skal vælge at spørge til sundhedsadfærd frem for f.eks. at have en fast procedure at læne sig op af. Manglen på henvisningsmuligheder medfører, at nogle sundhedsprofessionelle afstår fra at rådgive, idet de ikke kan følge rådgivningen op med konkrete tilbud om hjælp til adfærdsændringer. Endelig viser undersøgelsen, at der er stor forskel på, hvilke rådgivningskompetencer de sundhedsprofessionelle har mulighed for at tilegne sig. Da rådgivningskompetencer har en selvstændig effekt på hyppighed af rådgivning, er manglen på systematisk kompetenceudvikling således også en barriere.

Denne kortlægning og analyse af sundhedspersonalets rådgivningspraksis peger også på en kompleksitet, der ikke gør det entydigt muligt at vurdere, om det danske sundhedsvæsen er kort eller langt i relation til rådgivning om sundhedsadfærd. Det komplekse samspil mellem patientgruppe, organisatoriske rammer, sundhedsadfærd og faggruppe, som vi har beskrevet ovenfor, medfører, at der eksisterer ti mere eller mindre forskellige rådgivningspraksisser, én for hver faggruppe. I de logistiske regressionsanalyser lavet på baggrund af data fra spørgeskemaundersøgelsen er faggruppe signifikant associeret med at rådgive mere end en time dagligt, og med daglig rådgivning om både rygning, kost, fysisk aktivitet, overvægt og alkohol, se Bilag 3. I disse analyser har praktiserende læger den største odds ratio⁶ for daglig rådgivning om alle fem sundhedsadfærd, på nær fysisk aktivitet hvor klinik- og hospitalsansatte fysioterapeuter er de faggrupper, der har den største odds ratio for daglig rådgivning (hhv.

⁶ I de logistiske regressionsanalyser er praktiserende læger anvendt som referencegruppe, dvs. med en på forhånd defineret odds ratio værdi = 1 i alle analyser. De øvrige faggrupper har således odds ratioer på mindre end 1, hvilket betyder, at forekomsten af sundhedspersonale, der i spørgeskemaer har angivet at rådgive dagligt om hhv. rygning, kost, fysisk aktivitet, overvægt og alkohol, er større blandt praktiserende læger end blandt de øvrige faggrupper. Se Bilag 3 for alle værdier i de gennemførte logistiske regressionsanalyser.

OR=5,0 [3,0-8,4]) og OR=1,7 [1,1-2,8]). En væsentlig konklusion er således, at tiltag, der skal styrke sundhedspersonalets rådgivningsindsats, skal inddrage de forskellige rammer og vilkår for rådgivning, der gør sig gældende for den enkelte faggruppe. De skal med andre ord være meningsfulde og relevante for den enkelte sundhedsprofessionelle uanset vedkommendes placering og funktion i væsenet. I det følgende vil vi opsummere karakteristika ved hver enkelt faggruppes rådgivningspraksis.

Praktiserende læger

Praktiserende læger har kontakt med mange patienter i løbet af en arbejdsdag. Disse kontakter er af kortere varighed, men ofte en del af et kontinuert forløb, hvor den praktiserende læge tilser patienten med jævne mellemrum og har oparbejdet et vist kendskab og tillidsforhold til patienten. De mange daglige patientkontakter taget i betragtning er det ikke overraskende, at denne undersøgelse viser, at en stor andel af de praktiserende læger rådgiver hyppigt om sundhedsadfærd. Generelt blandt faggrupperne i den primære sundhedssektor ses høj grad af patientkontakt og hyppig rådgivning om sundhedsadfærd. Den praktiserende læge er imidlertid generalisten, der tilser en bredspektret gruppe af patienter, hvilket også afspejler sig i, at praktiserende læger skiller sig ud ved at rådgive hyppigt om både rygning, kost, fysisk aktivitet, overvægt/vægttab og alkohol sammenlignet med de øvrige faggrupper. I forhold til systematisk rådgivning af alle patienter med sundhedsskadelig adfærd, adskiller de praktiserende læger sig imidlertid ikke i nævneværdig grad fra de øvrige faggrupper. Er patientens helbredstilstand derimod påvirket af sundhedsadfærden, rådgiver langt størstedelen af de praktiserende læger altid om sundhedsadfærd.

De mange, men korte, patientforløb i almen praksis sætter nogle rammer for, hvordan de praktiserende læger kan gribe rådgivningen an. 10 minutter pr. konsultation levner ikke plads til meget lange samtaler eller konkrete handlingsanvisninger, men åbner til gengæld op for muligheden for at arbejde med det lange seje træk i forhold til at motivere og påvirke patienterne til at ændre adfærd. Motivation af patienter til ændring af sundhedsadfærd og oplysning om skadelige effekter ved de enkelte former for sundhedsadfærd er den mest anvendte rådgivningsform blandt alle faggrupper og således også blandt praktiserende læger. De praktiserende læger adskiller sig imidlertid fra mange af de øvrige faggrupper (især i den sekundære sundhedssektor) ved, at en relativt stor andel også benytter opfølgende samtale og kontrol i deres rådgivningspraksis både i relation til rygning, kost, fysisk aktivitet og alkohol. Langt de fleste praktiserende læger har modtaget undervisning i rådgivning om sundhedsadfærd og angiver også, at de oplever at have tilstrækkelig med viden til at kunne rådgive. Den mere konkrete handlingsanvisende rådgivning vil de praktiserende læger imidlertid i mange tilfælde helst overlade til andre faggrupper, og henvisning til andre tilbud er derfor også i nogen grad et rådgivningstiltag, de praktiserende læger benytter sig af.

Konsultationssygeplejersker

Konsultationssygeplejerskers arbejdsforhold ligner på mange måder de praktiserende lægers med mange korterevarende daglige patientkontakter. Konsultationssygeplejersker varetager megen kontrol med patienter med livsstilsrelaterede sygdomme, som f.eks. type-2-diabetes, og det giver nogle organisatoriske rammer, hvor rådgivning prioriteres bl.a. gennem formaliseret rådgivning om sundhedsadfærd med udvalgte

patientgrupper. Således viser denne undersøgelse, at konsultationssygeplejersker rådgiver i et omfang svarende til de praktiserende læger, om end den systematiske rådgivning af alle patienter med en helbredsskadelig sundhedsadfærd forekommer blandt en mindre andel konsultationssygeplejersker end læger, også når patientens helbredstilstand kan relateres til sundhedsadfærden. Konsultationssygeplejerskernes arbejdsforhold understøtter som beskrevet den korte, men gentagne, rådgivning, hvilket modsvarer denne undersøgelses fund af, at opfølgende samtale og kontrol er en rådgivningspraksis, som anvendes af konsultationssygeplejersker i et omfang svarende til de praktiserende læger og mere end de øvrige faggrupper generelt. Konsultationssygeplejerskernes rådgivning tager udgangspunkt i en sygeplejefaglig tilgang til patienten og et ønske om på den ene side at hjælpe og støtte patienten, men samtidig respektere patientens livsstilsvalg. Dette er en udfordring, som er med til at forme konsultationssygeplejerskens syn på rådgivning som en opgave, der er krævende i relation til sundhedspædagogiske kompetencer, og som derfor fordrer efteruddannelse og kurser på området såvel som opdateret faglig viden. Langt flere konsultationssygeplejersker end læger ser muligheder i øget viden og træning på trods af, at 40-60 % har modtaget undervisning inden for alle rådgivningsemner inden for det sidste år.

Sundhedsplejersker

Det som særligt kendetegner sundhedsplejerskernes rådgivningspraksis er, at de har fokus på børns sundhed. Børns sundhed påvirkes i vid udstrækning igennem deres forældre, og dermed er der indirekte også fokus på forældrenes sundhedsadfærd. Dette sætter nogle rammer for rådgivningssituationen og nogle krav til sundhedsplejerskerne om at adressere forældrenes sundhedsadfærd, men hele tiden at relatere det til børnenes sundhed. Det er derfor lettere at adressere de dele af forældrenes livsstil, der er direkte relevante for barnets sundhed. Især i relationen til småbørnsforældre kan det let opleves som et brud på sundhedsplejerskernes primære formål i hjemmet, hvis samtalen koncentrerer sig om emner som kost og motion, som har mindre åbenlys betydning for barnets sundhed end forældrenes ryge- og alkoholvaner. I forhold til skolebørn er det indirekte fokus på forældrenes sundhed endnu mere åbenlyst, da sundhedsplejerskerne kun har perifer kontakt til forældrene. Rådgivning drejer sig derfor om gennem undervisning at give børnene en viden og nogle redskaber til at foretage sunde livsstilsvalg og derudover at medvirke til at bearbejde de strukturelle forhold i skoler og institutioner, så de fremmer sunde livsstilsvalg. Her er fokus ifølge sundhedsplejerskerne primært på kost og motion. I spørgeskemaundersøgelsen ses det, at flest sundhedsplejersker rådgiver dagligt om kost og fysisk aktivitet. Et andet kendetegn ved sundhedsplejerskers rådgivningsindsats er, at deres primære patientgruppe er raske patienter, hvilket også afspejler sig i, at en større andel sundhedsplejersker sammenlignet med flere af de andre faggrupper rådgiver endnu raske patienter med en potentiel sundhedsskadelig adfærd.

Sundhedsplejerskers indgangsvinkel til rådgivning om sundhedsadfærd er, at det skal tage udgangspunkt i patientens samlede livssituation og ressourcer i forhold til at ændre adfærd. Oplysning og motivation er ikke nok; rådgivningen skal være konkret og handlingsanvisende. Dette understøttes af spørgeskemaundersøgelsen, der viser, at henvisning til andre tilbud er en praksis, der især i relation til fysisk aktivitet og rygning forekommer blandt en stor andel sundhedsplejersker. Opfølgende samtale og kontrol er

ligeledes forekommende blandt en stor andel af sundhedsplejerskerne, og kan fortolkes som et udslag af det formaliserede tilbud til spædbørnsforældre om hjemmebesøg i barnets første leveår.

Fysioterapeuter

Klinik- og hospitalsansatte fysioterapeuters primære fokusområde i forhold til rådgivning om sundhedsadfærd er fysisk aktivitet. Derved adskiller de sig fra de øvrige faggrupper ved hyppig rådgivning om fysisk aktivitet og sjælden rådgivning om de øvrige sundhedsadfærd. Fysioterapeuterne lægger vægt på, at rådgivning skal være handlingsorienteret, men mener ikke, at de har kompetencer til denne form for rådgivning på andre områder end fysisk aktivitet. De adresserer derfor kun de øvrige områder, når det har direkte relevans for patientens mobilitet. Manglende viden angives af en relativt stor andel fysioterapeuter som en barriere for rådgivning, og henvisning til andre tilbud og til andre sundhedspersonaler udnyttes derfor ikke overraskende som rådgivningsform blandt en stor andel fysioterapeuter på alle områder, undtagen når det drejer sig om fysisk aktivitet. Her benytter fysioterapeuter et langt bredere spektrum af rådgivningsformer.

Hospitalsansatte læger

Hospitalsansatte læger udgør en mere broget gruppe end de øvrige faggrupper, idet der både indgår medicinske og kirurgiske specialer i undersøgelsen såvel som reservelæger og speciallæger. Interviewundersøgelsen peger på, at det lægefaglige speciale synes at være afgørende for de hospitalsansattes rådgivningspraksis i den forstand, at de primære patientgruppers sygdomsmønster, patientforløb og formelle målsætninger om forebyggelse- og sundhedsfremme som en integreret del af et pleje- og behandlingsforløb, samt organiseringen af tilbud som understøtter rådgivning, sætter forskellige rammer for lægernes rådgivningspraksis. Læger på en medicinsk afdeling fremstår derfor som mere aktive i rådgivning om sundhedsadfærd end lægerne på en kirurgisk afdeling. I spørgeskemaundersøgelsen er der ikke skelnet mellem lægefaglige specialer, men mellem speciallæger og reservelæger, og disse faggrupper fremstår ikke som væsentligt forskellige i forhold til rådgivningspraksis. Generelt er daglig rådgivning om sundhedsadfærd forekommende blandt en mindre andel af de hospitalsansatte læger sammenlignet med de praktiserende læger, og samme tendens gør sig i nogen grad gældende i relation til systematisk rådgivning af patienter der ryger, er overvægtige, fysisk inaktive eller har et stort alkoholforbrug. Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen må anses for at udtrykke et gennemsnit af hhv. kirurger og medicinske lægers rådgivningspraksis, og det er sandsynligt, at en adskillelse af specialer ville have bragt lægerne på de medicinske afdelinger op på et niveau svarende til de praktiserende læger. Blandt speciallægerne angav kun 75 % at være enige i, at rådgivning om sundhedsadfærd er deres ansvar mod 80 % eller mere i de øvrige faggrupper. Dette kan igen anskues som en konsekvens af sammenblandingen af specialer, idet de organiskirurgiske interviewpersoner var mere negative over for rådgivning om sundhedsadfærd, som en opgave de kunne og skulle varetage, end de interviewede læger på medicinsk afdeling.

Hospitalsansatte lægers rådgivningspraksis synes generelt at være karakteriseret ved, at en mindre andel henviser til andre tilbud sammenlignet med de praktiserende

læger, men at en større andel henviser til andre sundhedspersonaler. Opfølgende samtale og kontrol blev også anvendt som rådgivningsform blandt de hospitalsansatte læger, dog i noget mindre omfang end blandt de praktiserende læger, hvilket nok skal ses i sammenhæng med, at hospitalsindlæggelser kun i begrænset omfang skaber mulighed for opfølgning.

Hospitalsansat plejepersonale

For de hospitalsansatte læger som for det hospitalsansatte plejepersonale er rådgivningspraksis indlejret i forskellige relationer i forhold til patientgrupper og organisatoriske rammer afhængig af specialet. Rådgivning om sundhedsadfærd synes at være mere integreret blandt plejepersonale på medicinske afdelinger, da patientforløb, sygdomsforløb og organisatoriske rammer understøtter et fokus på patientens livsstil. Plejepersonalet oplever til forskel fra lægerne imidlertid, at de pleje- og omsorgsrelaterede opgaver skaber en relation mellem plejepersonale og patient, som kan medvirke til en uformel snak om sundhedsadfærd med patienten. Rådgivningspraksis blandt hospitalsansat plejepersonale adskiller sig imidlertid ikke markant fra de hospitalsansatte lægers rådgivningspraksis, hverken hvad angår hyppighed, rådgivningsformer og systematik i relation til patienter med og uden en livsstilsrelateret diagnose. Undtagelser herfra er imidlertid områderne kost og fysisk aktivitet. I spørgeskemaundersøgelsen er der som nævnt ikke skelnet mellem plejepersonale ansat på medicinske eller kirurgiske afdelinger men til gengæld mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Disse to faggruppers rådgivningspraksis adskiller sig ikke væsentligt fra hinanden, bortset fra at en større andel social- og sundhedsassistenter rådgiver dagligt om kost og fysisk aktivitet end både sygeplejersker og læger i den sekundære sektor. Flere sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter vurderer deres muligheder for at kunne motivere deres patienter til adfærdssændringer positivt sammenlignet med de hospitalsansatte læger, og en mulig forklaring heraf kan netop være muligheden for den mere uformelle relations indgangsvinkel til rådgivning af patienten om sundhedsadfærd. Ligesom konsultationssygeplejerskerne angiver også det hospitalsansatte plejepersonale, at rådgivning om sundhedsadfærd er en udfordring i relation til at videreformidle en viden om sundhedsadfærdens betydning for helbredet, samtidig med at patientens egne livsstilsvalg respekteres. Dette er en vanskelig situation at håndtere og kan være forklaringen på, at plejepersonalet i nogen grad ser et større potentiale i at modtage undervisning i rådgivning om sundhedsadfærd. Plejepersonalet benytter i overvejende grad de samme metoder i rådgivningen som lægerne, dog udleverer en større andel af plejepersonalet pjecer.

Jordemødre

Risikoscreening, sundhedsfremme og forebyggelse er en formuleret målsætning med jordemødres virke, og en opgave de anser som et vigtigt ansvarsområde. Derfor er det overraskende, at der blandt jordemødre ses en relativt lille andel, som rådgiver dagligt inden for alle fem former for sundhedsadfærd sammenlignet med faggrupperne i den sekundære sektor, og på områderne kost og fysisk aktivitet også med sundhedsplejerskerne. Det er kendetegnende for jordemødrenes arbejde, at de har med en patientgruppe at gøre, der typisk er raske, og som er motiverede for at tilpasse deres livsstil til de nye omstændigheder. Der er rig evidens for, at den gravides sundhedsadfærd har

stor betydning for fosterets udvikling, og jordemødrene skiller sig ud fra de øvrige sundhedspersonale ved, at langt størstedelen altid rådgiver patienter som ryger, har usund kost, er inaktive, er overvægtige og har et stort alkoholforbrug, uanset om de har en livsstilsrelateret sygdom eller ej. Jordemødrene giver imidlertid udtryk for, at den begrænsede tid, der er sat af til konsultationer, er medvirkende til, at jordemødre lægger stor vægt på muligheden for at kunne henvise patienter til tilbud, hvor de gravide kan tilbydes konkret og handlingsanvisende rådgivning. Således er det karakteristisk for jordemødrenes rådgivningspraksis, at henvisning til andre tilbud og andre sundhedspersonaler fylder meget. Jordemødrene er desuden den faggruppe, der oftest benytter opfølgende samtale og kontrol som rådgivningsmetode i den sekundære sektor, ligesom de i stort omfang også udnytter uddeling af pjecer.

9. anbefalinger til en styrket rådgivningsindsats

Nærværende undersøgelse er den første systematiske kortlægning og analyse af sundhedspersonalets rådgivning om sundhedsadfærd. Målet med undersøgelsen har blandt andet været at generere vidensbaserede anbefalinger til en forbedret rådgivningsindsats, og i det følgende redegør vi for de anbefalinger, som vi mener, undersøgelsens resultater lægger op til.

Undersøgelsen viser, at der først og fremmest er behov for en præcisering og afklaring af en række forhold, der knytter sig til rådgivning om sundhedsadfærd, så som indhold, mål, arbejdsdeling, henvisningsmuligheder, personaleressourcer og redskaber. F.eks. bør det afklares, hvilke konkrete handlinger eller elementer rådgivning om sundhedsadfærd skal bestå af; hvilken arbejdsdeling der skal være gældende mellem faggrupperne; samt hvilke målsætninger og etiske overvejelser, der skal danne udgangspunkt for rådgivning om sundhedsadfærd. Som undersøgelsen har tydeliggjort, har sundhedspersonalet forskellige vilkår og rammer for at rådgive om sundhedsadfærd. Det er derfor væsentligt, at der udarbejdes klare og entydige retningslinjer for rådgivning, som er relevante og meningsfulde for den enkelte sundhedsprofessionelle, afpasset efter funktion og placering i væsenet. Hvis målet er, at sundhedspersonalet udøver en *systematisk rådgivningsindsats* i relation til rygning, kost, fysisk aktivitet, overvægt og alkohol, anbefales følgende tiltag, som led i en generel systematisering og afklaring af området:

- a) Udarbejdelse af *kliniske retningslinjer* til de respektive faggrupper: Det vil sige formulering af en "arbejdsinstruks" til den enkelte sundhedsprofessionelle i relation til rådgivning om rygning, kost, fysisk aktivitet, overvægt og alkohol, herunder for rådgivningens iværksættelse, indhold, målgruppe og opfølgning. Retningslinjerne skal være enkle og overskuelige at arbejde med, og kan blandt andet være med til at forstærke forankringen af rådgivning i den daglige praksis.
- b) Formulering af en *rådgivningspolitik* på de enkelte institutioner og afdelinger. Eksplicitering af f.eks. ansvarsfordeling, personaleressourcer og mulighed for kompetenceudvikling kan være med til at skabe et rådgivningsmiljø, der fremmer sundhedspersonalets rådgivningsindsats.
- c) Udvikling af *redskaber til systematisk kortlægning af sundhedsadfærd*. Det vil sige redskaber, som er med til at sikre, at sundhedspersonalet systematisk indhenter oplysninger om patientens sundhedsadfærd og motivation for yderligere rådgivning. Kortlægningen kan f.eks. ske i forbindelse med indlæggelsessamtalen i sekundær sektor eller ved den første kontakt med patienten i primær sektor.
- d) Sikring af sundhedspersonalets mulighed for *kompetenceudvikling* i relation til rådgivning om sundhedsadfærd. Det kan ske ved, at der udvikles kurser på de områder, hvor undersøgelsen har sandsynliggjort et behov, som f.eks. inden for rådgivning om

kost og overvægt, ved at sundhedspersonalet løbende tilbydes kurser og efteruddannelse, og endelig kan det ske ved, at undervisningsforløb i rådgivning om sundhedsadfærd opprioriteres på de sundhedsfaglige uddannelser.

e) *Udvikling af tilgængelige henvisningstilbud.* Det kan blandt andet ske ved at igangsætte pilotforsøg på de områder, hvor undersøgelsen har sandsynliggjort et behov, f.eks. tværfaglige tilbud til overvægtige patienter og deres pårørende. Tilbuddet kan f.eks. tilrettelægges i sundhedscenterregi eller på sygehusene. Desuden kan kommune, region og praksissektor i fællesskab sikre, at sundhedspersonalet har opdateret viden om aktuelle lokalkommunale og regionale henvisningsmuligheder, eventuelt ved løbende at udarbejde informationsmateriale som giver et lettilgængeligt overblik over henvisningsmuligheder i relation til rygestop, kost, motion, overvægt og alkohol, samt hvordan og hvornår sundhedspersonalet kan henvise patienter til tilbuddene.

f) Indsamling og formidling af *viden og dokumentation for effekt* af rådgivning om sundhedsadfærd. Indsamling af viden om og dokumentation for effekt og cost-effectiveness af rådgivningsindsatsen er væsentlige elementer i en professionalisering af området.

Litteratur

1. Andersen LB, Schnohr P, Scroll M, Hein HO. Dødelighed associeret med fysisk aktivitet i fritiden, på arbejdet, sport og cykling til arbejde. Ugeskr.Laeger 2002; 164(11):1501-6.
2. Brønnum-Hansen H, Juel K. Tabte gode leveår på grund af rygning. Ugeskr.Laeger 2002; 164(34):3953-8.
3. Godtfredsen NS, Holst C, Prescott E, Vestbo J, Osler M. Smoking reduction, smoking cessation, and mortality: a 16-year follow-up of 19,732 men and women from The Copenhagen Centre for Prospective Population Studies. Am.J Epidemiol. 2002; 156(11):994-1001.
4. Gundgaard J, Nielsen JN, Olsen J, Sorensen J. Increased intake of fruit and vegetables: estimation of impact in terms of life expectancy and healthcare costs. Public Health Nutr. 2003; 6(1):25-30.
5. Haveman-Nies A, de Groot LC, van Staveren WA. Dietary quality, lifestyle factors and healthy ageing in Europe: the SENECA study. Age Ageing 2003; 32(4):427-34.
6. Helweg-larsen K, Knudsen LB, Petersson B. Women in Denmark-why do they die so young? Risk factors for premature death. Scand J Soc.Welf. 1998; 7(4):266-76.
7. Osler M, Godtfredsen J, Grønbæk MN, Marckmann P, Overvad OK. En kvantitativ vurdering af kostens betydning for dødeligheden af hjertesygdomme i Danmark. Beregning af ætiologisk fraktion. Ugeskr.Laeger 2000; 162(37):4921-5.
8. Schnohr P, Parner J, Lange P. Motionsløbere lever længere. Østerbundersøgelsen. Ugeskr.Laeger 2001; 163(19):2633-5.
9. Grønbæk MN, Becker PU, Johansen D, Gottschau A, Schnohr P, Hein HO et al. Øl, vin, spiritus og dødelighed. Resultater fra Hovedstadens Center for Prospektive Befolkningsstudier. Ugeskr.Laeger 2001; 163(21):2946-9.
10. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2002.
11. Hansen DG, Rasmussen NK, Munck A. Folkesygdomme i almen praksis. Forekomst og forebyggelsesperspektiver vurderet i forbindelse med en auditregistrering. Odense og København: Audit Projekt Odense og Statens Institut for Folkesundhed; 2005.
12. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark. Interessegruppen Rygestop på sygehus. Afsluttende rapport. København: Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark; 2005.

13. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, Nationalt Center for Rygestop. National kortlægning af rygestopaktiviteter og niveau for røgfrihed på danske sygehuse. København: Sekretariatet for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark; 2005.
14. Willaing I. Rygning og forebyggelse i sygehusregi. København: Institut for Folkesundhed, Københavns Universitet; 2000.
15. Vogt F, Hall S, Marteau TM. General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: a systematic review. *Addiction* 2005; 100(10):1423-31.
16. Bull FC, Schipper EC, Jamrozik K, Blanksby BA. Beliefs and behaviour of general practitioners regarding promotion of physical activity. *Aust.J.Public.Health* 1995; 19(3):300-4.
17. Lock CA, Kaner E, Lamont S, Bond S. A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. *J.Adv.Nurs.* 2002; 39(4):333-42.
18. Steptoe A, Doherty S, Kendrick T, Rink E, Hilton S. Attitudes to cardiovascular health promotion among GPs and practice nurses. *Fam.Pract.* 1999; 16(2):158-63.
19. Pizzo AM, Chellini E, Grazzini G, Cardone A, Badellino F. Italian general practitioners and smoking cessation strategies. *Tumori* 2003; 89(3):250-4.
20. Story MT, Neumark-Stzainer DR, Sherwood NE, Holt K, Sofka D, Trowbridge FL et al. Management of child and adolescent obesity: attitudes, barriers, skills, and training needs among health care professionals. *Pediatrics* 2002; 110(1 Pt 2):210-4.
21. Cornuz J, Ghali WA, Di CD, Pecoud A, Paccaud F. Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Fam.Pract.* 2000; 17(6):535-40.
22. Coleman T, Cheater F, Murphy E. Qualitative study investigating the process of giving anti-smoking advice in general practice. *Patient.Educ.Couns.* 2004; 52(2):159-63.
23. McCarty MC, Zander KM, Henrikus DJ, Lando HA. Barriers among nurses to providing smokers cessation advice to hospitalized smokers. *American Journal of Health Promotion* 2001; 16(2):85-7.
24. Pelkonen M, Kankkunen P. Nurses' competence in advising and supporting clients to cease smoking: a survey among Finnish nurses. *J.Clin.Nurs.* 2001; 10(4):437-41.
25. Thompson SC, Schwankovsky L, Pitts J. Counselling patients to make lifestyle changes: the role of physician self-efficacy, training and beliefs about causes. *Fam.Pract.* 1993; 10(1):70-5.
26. Sherman SE, Hershman WY. Exercise counseling: how do general internists do? *J.Gen.Intern.Med.* 1993; 8(5):243-8.
27. Aira M, Kauhanen J, Larivaara P, Rautio P. Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study. *Fam.Pract.* 2003; 20(3):270-5.

28. Laschinger HK, Tresolini CP. An exploratory study of nursing and medical students health promotion counselling self-efficacy. *Nurse.Educ.Today* 1999; 19(5):408-18.
29. Geirsson M, Bendtsen P, Spak F. Attitudes of Swedish general practitioners and nurses to working with lifestyle change, with special reference to alcohol consumption. *Alcohol.Alcohol* 2005; 40(5):388-93.
30. Cho HJ, Sunwoo S, Song YM. Attitudes and reported practices of Korean primary care physicians for health promotion. *J Korean Med Sci.* 2003; 18(6):783-90.
31. Williams JM, Chinnis AC, Gutman D. Health promotion practices of emergency physicians. *American journal of emergency medicine, The* 2000; 18(1):17-21.
32. Willemann M, Jacobsen ET. Sygehuspersonalets perspektiver på forebyggelse - casestudier fra et kardiologisk og et lungemedicinsk afsnit. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2004.
33. Kawakami M, Nakamura S, Fumimoto H, Takizawa J, Baba M. Relation between smoking status of physicians and their enthusiasm to offer smoking cessation advice. *Internal medicine Tokyo, Japan* 1997; 36(3):162-5.
34. Chalmers K, Seguire M, Brown J. Tobacco use and baccalaureate nursing students: a study of their attitudes, beliefs and personal behaviours. *J.Adv.Nurs.* 2002; 40(1):17-24.
35. Willaing I, Ladelund S. Smoking behavior among hospital staff still influences attitudes and counseling on smoking. *Nicotine.Tob.Res.* 2004; 6(2):369-75.
36. Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2002.
37. Sundhedsstyrelsen. Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
38. Prescott E. Tobaksrygning og rygestop: Konsekvenser for sundheden. København: Sundhedsstyrelsen; 2004.
39. Kvale S. Inter View. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forlag; 1997.
40. Halkier B. Fokusgrupper. Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag; 2002.
41. Morgan DL. Focus groups as qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1997.
42. Egsmose T, Stokholm J, Egsmose R. Danske lægers holdning til bekæmpelse af tobaksproblemet. *Ugeskr.Laeger* 1971; 133:1041-6.
43. Egsmose T, Stokholm J, Egsmose R. Danske lægers vurdering af tobakkens skadevirkninger. *Ugeskr.Laeger* 1971; 133:1321-7.
44. Mabeck C. Hvad mener vi om forebyggelse? En spørgeskemaundersøgelse vedrørende holdninger og aktivitet. *Ugeskr.Laeger* 1989; 151:2335-8.
45. Christensen B. Praktiserende læger og rygning. Praktiserende lægers viden, holdning og rygevaner og sammenhængen imellem disse vurderet ved en enqueteundersøgelse i Århus Amt. *Ugeskr.Laeger* 1993; 155(5):307-10.

46. Træden UI, Zwisler ADO, Møller L, Tønnesen H. Forebyggelse på danske sygehuse. En kortlægning. København: Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse; 2001.
47. Sundhedsstyrelsen. Undersøgelse af forebyggelsesaktiviteter i almen praksis med fokus på overvægt og astma. København: Sundhedsstyrelsen; 2004.
48. Willaing I, Ladelund S, Jorgensen T, Simonsen T, Nielsen LM. Nutritional counselling in primary health care: a randomized comparison of an intervention by general practitioner or dietician. Eur.J.Cardiovasc.Prev.Rehabil. 2004; 11(6):513-20.
49. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens handlingsplan: Overvægt og fedme. København: Sundhedsstyrelsen; 1999.
50. Hansen MB, Svendsen MS. Risikokommunikation i relation til forebyggelse og sundhedsfremme. København: Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen; 2005.
51. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark. Det fysisk aktive sygehus. Definition og strategi for implementering. København: Sekretariatet for Netværk for forebyggende sygehuse i Danmark; 2004.
52. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, Nationalt Center for Rygestop. Det tobaksforebyggende sygehus. Definition og strategi for implementering. København: Sekretariatet for Netværket af forebyggende sygehuse i Danmark; 2005.
53. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark. Ernæringsrigtigt sygehus. Definition og strategi for implementering. Sekretariatet for Netværket af forebyggende sygehuse i Danmark; 2003.
54. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark. Standarder for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på sygehus. Sekretariatet for Netværk for forebyggende sygehuse i Danmark; 2003.
55. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark. Interessegruppen DRG og forebyggelse. Afsluttende rapport. København: Sekretariatet for Netværke for forebyggende sygehuse i Danmark; 2004.
56. Philipsen HH. Inddragelse af fysisk inaktivitet og ernæring som risikofaktorer i patientregistrering. I: Sundhedsstyrelsens folkesygdomsprojekt. København: Sundhedsstyrelsen; 2004: 16-7.
57. Frank E, Bhat SK, Elon L. Exercise counseling and personal exercise habits of US women physicians. J.Am.Med.Womens Assoc. 2003; 58(3):178-84.
58. Sundhedsstyrelsen. Danskernes rygevaner. Sundhedsstyrelsen; 2004.
59. Nielsen PE, Falk J, Danielsen US. Rygevaner og holdninger til tobaksproblemet blandt sundhedspersonalet i Danmark i 1996. Ugeskrift for læger 2000; 162(31):4140-4.
60. Kjølner M, Rasmussen NK (Ed). Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, København; 2002.
61. Willaing I, Iversen L, Jorgensen T. Hvad betyder sygehuspersonalets individuelle rygevaner for viden, holdning og rådgivningspraksis relateret til rygning? Ugeskrift for læger 2001; 163(32):4180-1.
62. Dahlager L. I forebyggelsens magt. Distinktion 2001; (3):91-102.

63. Dahlager L. I samtals rum. En magtanalyse med afsæt i den livsstilsrelaterede forebyggelsessamtale. København: Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet; 2005. (Ph.d.-afhandling).

Bilag 1 Spørgeskema

Rådgivning om livsstil

- en undersøgelse af sundhedspersonalets praksis, holdninger og viden

Spørgeskemaundersøgelse

Introduktion

Inden vi går i gang, vil jeg kort beskrive, hvad der menes med nogle af de centrale begreber, jeg kommer ind på i spørgeskemaet:

Patienter: Du vil blive spurgt om, hvordan du rådgiver om livsstil i forhold til patienter. Patienter omfatter også borgere, familier og gravide.

Fysisk aktivitet: Fysisk aktivitet skal forstås som ethvert muskelarbejde, der øger energiomsætningen. Dvs. både ustruktureret aktivitet som havearbejde, trappegang, at gøre rent, lege med sine børn, transport ved cykling og gang samt mere bevidst regelmæssig træning og sport.

Et stort alkoholforbrug: Der er tale om et stort alkoholforbrug, når en mand drikker over 21 genstande om ugen, og når en kvinde drikker over 14 genstande om ugen.

Spm. 0 Frafaldsårsager

Nægter

Har ikke patientkontakt og nægter derfor at deltage - (benyttes kun hvis respondenterne vitterligt ikke vil bruge de knap ti minutter det tager at svare på de generelle spørgsmål) Hvis læge hvilket speciale:

Kunne ikke træffes

Død

Udvandret

Bortrejst

På hospital - indlagt

Flyttet - ved ikke hvorhen

Sygdom/handicap, der gør respondenterne ude af stand til at deltage

Forkert telefonnummer - og det rigtige nr. kunne ikke findes

Sprogproblemer - respondenterne forstår ikke godt nok dansk.

Spm. 1 Er du

Mand

Kvinde

Spm. 2 Hvornår er du født? (skriv fødselsår)

—

Spm. 3 Er du i arbejde lige nu eller har du været det inden for de seneste to måneder?

Ja, gå til spørgsmål 4.

Nej, gå til TEKST 1.

TEKST 1:

Denne undersøgelse retter sig mod sundhedspersonale i arbejde. Vi skal derfor ikke stille dig flere spørgsmål. Vi takker for din medvirken.

Spm. 4 Hvad er din stilling?

Sygehjælper [hvis FOA-medlem] Sys_d1 =1

Social- og sundhedsassistent [hvis FOA-medlem] Sys_d1 =1

Andet, angiv hvad _____ Sys_d1 =1

Fysioterapeut ansat på et sygehus [hvis medlem af Danske Fysioterapeuter] Sys_d1 =2

Praktiserende kliniker [hvis medlem af Danske Fysioterapeuter] Sys_d1 =2

Praktiserende indleder på en fysioterapeutklinik [hvis medlem af Danske Fysioterapeuter] Sys_d1 =2

Praktiserende fysioterapeut ansat på en fysioterapeutklinik [hvis medlem af Danske Fysioterapeuter] Sys_d1 =2

Afdelingsfysioterapeut [hvis medlem af Danske Fysioterapeuter] Sys_d1 =2

Over- og cheffysioterapeut [hvis medlem af Danske Fysioterapeuter] Sys_d1 =2

Andet, angiv hvad _____ Sys_d1 =2

Jordemoder/centerjordemoder [hvis medlem af Jordemoderforeningen] Sys_d1 =3

Jordemoder med særlig funktion [hvis medlem af Jordemoderforeningen] Sys_d1 =3

Afdelingsjordemoder uden ledelse [hvis medlem af Jordemoderforeningen] Sys_d1 =3

Instruktionsjordemoder Sys_d1 =3

Afdelingsjordemoder med ledelse Sys_d1 =3

Vicechefjordemoder/stedfortræder Sys_d1 =3

Chefjordemoder/jordemoderleder/overjordemoder Sys_d1 =3

Jordemoderchef [hvis medlem af Jordemoderforeningen] Sys_d1 =3

Amtsjordemoder

Andet, angiv hvad _____ Sys_d1 =3

Sygeplejerske [hvis medlem af Dansk Sygeplejeråd] Sys_d1 =4

Souschef [hvis medlem af Dansk Sygeplejeråd] Sys_d1 =4

Afdelingssygeplejerske [hvis medlem af Dansk Sygeplejeråd] Sys_d1 =4

Oversygeplejerske [hvis medlem af Dansk Sygeplejeråd] Sys_d1 =4

Chefsygeplejerske [hvis medlem af Dansk Sygeplejeråd] Sys_d1 =4

Sundhedsplejerske [hvis medlem af Dansk Sygeplejeråd] Sys_d1 =4

Ledende sundhedsplejerske [hvis medlem af Dansk Sygeplejeråd] Sys_d1 =4

Forskningssygeplejerske [hvis medlem af Dansk Sygeplejeråd] Sys_d1 =4
Andet, angiv hvad _____ Sys_d1 =4

Praktiserende læge [hvis medlem af Den almindelige danske lægeforening] Sys_d1 =5

Reservelæge i turnus [hvis medlem af Den almindelige danske lægeforening] Sys_d1 =5

Hvilken del af turnus er du i: 1) medicin
 2) kirurgi
 3) almen praksis

Reservelæge i uddannelsesstilling/intro-stilling/blok-stilling [hvis medlem af Den almindelige danske lægeforening] Sys_d1 =5

Hvilket speciale er du ved at uddanne dig inden for? [Goto grenliste]

1.reservelæge [hvis medlem af Den almindelige danske lægeforening] Sys_d1 =5
Hvilket speciale er du ved at uddanne dig inden for? [Goto grenliste]

Afdelingslæge [hvis medlem af Den almindelige danske lægeforening] Sys_d1 =5

Hvad er dit grundspeciale? [Goto grundliste]

Har du et grenspeciale? Hvis ja: hvilket? [Goto grenliste]

Overlæge [hvis medlem af Den almindelige danske lægeforening] Sys_d1 =5

Hvad er dit grundspeciale? [Goto grundliste]

Har du et grenspeciale? Hvis ja: hvilket? [Goto grenliste]

Administrerende overlæge [hvis medlem af Den almindelige danske lægeforening] Sys_d1 =5

Hvad er dit grundspeciale? [Goto grundliste]

Har du et grenspeciale? Hvis ja: hvilket? [Goto grenliste]

Cheflæge [hvis medlem af Den almindelige danske lægeforening] Sys_d1 =5

Hvad er dit grundspeciale? [Goto grundliste]

Har du et grenspeciale? Hvis ja: hvilket? [Goto grenliste]

Andet, angiv hvad _____ Sys_d1 =5

Hvad er dit grundspeciale? [Goto grundliste]

Har du et grenspeciale? Hvis ja: hvilket? [Goto grenliste]

Liste over "Grund" lægespecialer – vises for de lægesvar som har [Goto grundliste] markeret ovenfor.

Enkelte læger kan have to grundspecialer, hvorfor det skal være muligt at markere max. to specialer i samme svar, når der spørges til grundspecialet.

OBS: Nogle læger kan have afsluttet deres *grenspeciale* uden at have afsluttet deres *grundspeciale*. Omvendt får nogle læger aldrig afsluttet deres *grenspeciale*, men kun deres *grundspeciale*.

Grundspecialer
Almen medicin
Anæstesiologi
Arbejdsmedicin
Børne- og ungdomspsykiatri
Dermato-venerologi (hud- og kønssygdomme)
Diagnostisk radiologi (røntgenundersøgelse)
Gynækologi og obstetrik (kvindesygdomme og fødselshjælp)
Intern medicin (medicinske sygdomme)
Kirurgi
Klinisk biokemi
Klinisk farmakologi
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin
Klinisk genetik
Klinisk immunologi
Klinisk mikrobiologi
Neurokirurgi (kirurgiske nervesygdomme)
Neurologi (medicinske nervesygdomme)
Oftalmologi (øjensygdomme)
Onkologi (kræftsygdomme)
Ortopædisk kirurgi
Oto-rhino-laryngologi (øre-næse-hals sygdomme)
Patologisk anatomi (vævs- og celleundersøgelser)
Psykiatri
Pædiatri (sygdomme hos børn)
Samfundsmedicin
Andet - hvad:

Liste over "Gren" lægespecialer – Vises for de lægesvar med markering [Goto grenliste]
i ovenstående. Læger kan kun have et enkelt grenspeciale derfor kun enkelt svar.

Grenspecialer	Sæt kryds
<i>Intern medicin</i> Geriatrici (alderdommenssygdomme) Hepatologi (leversygdomme) Hæmatologi (blodsygdomme)	
<i>Infektionsmedicin</i> Kardiologi (medicinske hjerte- og kredsløbssygdomme) Medicinsk allergologi (medicinsk overfølsomhedssygdomme) Medicinsk endokrinologi (medicinske hormonsygdomme) Medicinsk gastroenterologi (medicinske mave-tarm sygdomme) Medicinske lungesygdomme Nefrologi (medicinske nyresygdomme) Reumatologi (gigtssygdomme)	
<i>Kirurgi</i> Karkirurgi (kirurgiske blodkarsygdomme) Kirurgisk gastroenterologi (kirurgiske mave-tarm sygdomme) Plastikkirurgi Thoraxkirurgi (brysthulens kirurgiske sygdomme) Urologi (urinvejenes kirurgiske sygdomme)	
<i>Neurologi</i> Klinisk neurofysiologi Andet - hvad:	

Spm. 5 Hvor mange år har du arbejdet som 'stillingsbetegnelse'? (afrundet til hele år
f.eks. angives 4 måneder som 0)

Spm. 6 Hvilken arbejdsplads arbejder du primært på?

Sygehus

Sundhedsplejen, gå til spørgsmål 8

Almen lægepraksis, gå til spørgsmål 8

Fysioterapeutiklinik, gå til spørgsmål 8

Jordemodercenter uden for sygehus, gå til spørgsmål 8

Andet, skriv hvad _____, gå til spørgsmål 8

Spm. 7 Arbejder du primært med:

Kirurgiske patienter

Medicinske patienter

Obstetriske patienter

Andet _____ [f.eks. børn]

Spm. 8 Hvis spørgsmål 4

Praktiserende kliniker/Praktiserende indlejer på en klinik eller Praktiserende læge
"Hvor mange timer arbejder du om ugen?"

_____ timer

Andre i spørgsmål 4: "Hvor mange timer er du ansat til at arbejde om ugen?"

_____ timer

TEKST 2.

Det følgende handler om dit arbejde, som det har været de sidste 2 måneder.

Spm. 9 Har du mulighed for at lære noget nyt gennem dit arbejde? - hvis du tænker tilbage på de seneste to måneder

I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	I meget ringe grad
---------------------	---------------	-----------------	-----------------	--------------------------

Spm. 10 Hvor stor en del af din arbejdsdag går med direkte patientkontakt?

Næsten hele tiden, gå til spørgsmål 11

Ca. 3/4 af tiden, gå til spørgsmål 11

Ca. 1/2 af tiden, gå til spørgsmål 11

Ca. 1/4 af tiden, gå til spørgsmål 11

Sjældent/meget lidt, gå til spørgsmål 11

Aldrig, gå til spørgsmål 23

Spm. 11 Hvor mange patienter har du i gennemsnit kontakt med i løbet af en arbejdsdag? (skriv antal)

(Hvis man har samtaler med flere personer ad gangen, tæller hver relevant person for en patient, f.eks. vil en sundhedsplejerske som i løbet af et hjemmebesøg snakker med både far og mor, i dette tilfælde skulle tælle to patienter.)

Spm. 12 I løbet af en arbejdsdag, hvor lang tid bruger du i gennemsnit på at tale med patienter om livsstil?

_____ timer evt. _____ minutter

[hvis 0 timer eller 0 minutter, gå til spørgsmål 23]

Spm. 13 Hvor tit taler du med patienten om ...

	Aldrig/stort set aldrig	Sjæl- dent	Mindre end 1 gang om ugen	1 gang om ugen	Et par gange om ugen	Næ- sten hver dag	Hver dag	Flere gange om dagen
a. Rygestop?	, stil ikke spørgsmål 14, 19							
b. Kostæn- dringer?	, stil ikke spørgsmål 15							
c. Fysisk aktivitet?	, stil ikke spørgsmål 16, 22							
d. Vægttab?	, stil ikke spørgsmål 17, 20							
e. Reduktion af alkoholfor- brug?	, stil ikke spørgsmål 18, 21							

Spm. 14 Tænk på de seneste tre gange, du talte om rygestop med patienter. Hvad gjorde du konkret?

	Ja	Nej	Ved ikke
Oplyste du om de skadelige effekter ved at ryge			
Udleverede du pjecer om rygestop			
Forsøgte du at motivere til rygestop			
Aftalte du opfølgende samtale eller kontrol			
Henviste du til rygestoptilbud – f.eks. rygestopklinikker, apoteker mv.			
Henviste du til andre sundhedsprofessionel- le			
Hvem:			

Spm. 15 Tænk på de seneste tre gange, du talte om kost med patienter. Hvad gjorde du konkret?

	Ja	Nej	Ved ikke
Oplyste du om de skadelige effekter af usund kost			
Udleverede du pjecer om sund kost			
Forsøgte du at motivere til omlægning af kostvaner			
Aftalte du opfølgende samtale eller kontrol			
Henviste du til andre sundhedsprofessionel- le			
Hvem:			

Spm. 16 Tænk på de seneste tre gange, du talte om fysisk aktivitet med patienter. Hvad gjorde du konkret?

	Ja	Nej	Ved ikke
Oplyste du om de skadelige effekter af fysisk inaktivitet			
Udleverede du pjecer om fysisk aktivitet			
Forsøgte du at motivere til at være mere fysisk aktiv			
Aftalte du opfølgende samtale eller kontrol			
Henviste du til idræts- og motionstilbud			
Henviste du til andre sundhedsprofessionelle			
Hvem:			

Spm. 17 Tænk på de seneste tre gange, du talte om overvægt med patienter. Hvad gjorde du konkret?

	Ja	Nej	Ved ikke
Oplyste du om de skadelige effekter af overvægt			
Udleverede du pjecer om overvægt/vægttab			
Forsøgte du at motivere til vægttab			
Aftalte du opfølgende samtale eller kontrol			
Henviste du til tilbud som f.eks. vægtvogn-terne, vægtkonsulenterne eller lign.			
Henviste du til andre sundhedsprofessionelle			
Hvem:			

Spm. 18 Tænk på de seneste tre gange, du talte med patienter om deres alkoholforbrug. Hvad gjorde du konkret?

	Ja	Nej	Ved ikke
Oplyste du om de skadelige effekter af et stort alkoholforbrug			
Udleverede du pjecer om alkohol			
Forsøgte du at motivere til at nedsætte alkoholforbrug			
Aftalte du opfølgende samtale eller kontrol			
Henviste du til tilbud som f.eks. Lænken, AA eller lign.			
Henviste du til andre sundhedsprofessionelle			
Hvem:			

Spm. 19 Taler du om rygestop med en ny patient, hvis patienten ...

	Altid	Ofte	Somme- tider	Sjældent	Aldrig/ næsten aldrig
a. Er ryger, men ellers er rask?					
b. Er ryger, og har en diagnose, hvis forløb påvirkes af rygning?					

Spm. 20 Taler du om vægttab med en ny patient, hvis patienten ...

	Altid	Ofte	Somme tider	Sjældent	Aldrig/ næsten aldrig
a. Er overvægtig, men ellers er rask?					
b. Er overvægtig og har helbredsproblemer?					

Spm. 21 Taler du om at nedsætte alkoholforbrug med en ny patient, hvis du ved at patienten ...

	Altid	Ofte	Somme tider	Sjældent	Aldrig/ næsten aldrig
a. Har et stort alkoholfor- brug men ellers er rask?					
b. Har et stort alkoholfor- brug og har helbredspro- blemer?					

Spm. 22 Taler du om fysisk aktivitet med en ny patient, hvis patienten ...

	Altid	Ofte	Somme tider	Sjældent	Aldrig/ næsten aldrig
a. Er fysisk inaktiv, men ellers er rask?					
b. Er fysisk inaktiv og har helbredsproblemer?					

Spm. 23 Hvornår har du sidst fået undervisning i rådgivning om ...

	Mindre end ½ år siden	½-1 år siden	1-3 år siden	3-5 år siden	over 5 år siden	Aldrig
a. Rygestop?						
b. Kost						
c. Fysisk inaktivitet?						
d. Overvægt/vægttab?						
e. Nedsættelse af alkoholforbrug?						

Tekst 3:

Hvor enig er du i følgende udsagn...

Spm. 24 Min viden er tilstrækkelig til at kunne rådgive om...

	Helt enig	Delvis enig	Hver- ken eller	Delvis uenig	Helt uenig
a. Rygningens konsekvenser for helbredet					
b. Kostens betydning for helbredet					
c. Helbredsmæssige konsekvenser af fysisk inaktivitet					
d. Helbredsmæssige konsekvenser af overvægt					
e. Et stort alkoholforbrugs konse- kvenser for helbredet					

Spm. 25 Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn?

	Helt enig	Delvis enig	Hver- ken eller	Delvis uenig	Helt uenig	Ved ikke
a. Det er mit ansvar/min opgave at rådgive patienter om livsstil						
b. Det er vigtigt jeg foregår med et godt eksempel overfor patienten ved selv at have en sund livsstil						
c. Nogle patienter bliver provoke- ret, hvis jeg taler med dem om deres livsstil						
d. Jeg har nemt ved at tale livsstil med mine patienter						
e. Jeg kan motivere mine patienter til at holde op med at ryge						
f. Jeg kan motivere mine patienter til at være mere fysisk aktive						
g. Jeg kan motivere mine patienter til at omlægge deres kost						
h. Jeg kan motivere mine patienter til at nedsætte deres alkoholfor- brug						

Spm. 26 Hvad får dig til at lade være med at tale om livsstil med patienter?

(flere krydser tilladt)

Frygt for patientens negative reaktioner
Når patienten ikke er motiveret til at ændre livsstil
Det er for tidskrævende
Jeg mangler mere faglig viden
Ved ikke hvordan jeg skal gribe det an
Andet, sig hvad

Intet

Ikke relevant*

- * Hvis du ikke har patientkontakt eller af en anden grund ikke finder spørgsmålet relevant, vil vi alligevel gerne have dit hypotetiske svar, hvis det overhovedet giver mening for dig.

Spm. 27 Hvad kunne få dig til at rådgive mere om livsstil?

(flere krydser tilladt)

Gode patientrettede informationsmaterialer
Gode informationsmaterialer rettet mod sundhedsprofessionelle
Undervisning i metoder til at ændre patienters sundhedsadfærd
Erfaringsudveksling
Supervision
Andet, sig hvad

Intet

Ikke relevant*

- * Hvis du ikke har patientkontakt eller af en anden grund ikke finder spørgsmålet relevant, vil vi alligevel gerne have dit hypotetiske svar, hvis det overhovedet giver mening for dig.

Tekst 4:

De næste spørgsmål handler om din egen livsstil. Vi stiller dem for at få et bedre billede af sundhedspersonalets livsstil.

Spm. 28 Hvorledes vil du vurdere din nuværende helbredstilstand i almindelighed?

Virkelig god
God
Nogenlunde
Dårlig
Meget dårlig

Spm. 29 Ryger du?

Ja, dagligt, gå til spørgsmål 30
Ja, lejlighedsvis, gå til spørgsmål 31
Nej, men jeg har røget tidligere (i mere end 6 måneder), gå til spørgsmål 32
Nej, har aldrig røget (eller røget i mindre end 6 måneder), gå til spørgsmål 32

Spm. 30 Hvor meget ryger du normalt på en dag?

Antal cigaretter ____

Antal cerutter ____

Antal cigarer ____

Antal pibestop ____

Spm. 31 Har du planer om at holde op med at ryge?

Ja, inden for den næste måned

Ja, inden for det næste halve år

Ja, længere ude i fremtiden

Nej, har ikke planer

Ved ikke

Spm. 32 Hvor høj er du?

Antal cm ____

Spm. 33 Hvor meget vejer du?

Antal kg ____

Der spørges til din normaltilstand dvs. vægtøgning som følge af graviditet, vand i kroppen mm. fraregnes.

Spm. 34 Hvis vi ser på det sidste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse på din aktivitet i fritiden?

Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen

Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde mindst 4 timer pr uge

Går, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer pr. uge
(medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)

Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse

Der spørges til din normaltilstand dvs. at der ses bort fra nedsat aktivitet som følge af skader eller andre ekstraordinære begivenheder

Spm. 35 Hvor ofte plejer du at spise frugt, salat/råkost, kogte grøntsager - bortset fra kartofler?

3 gange dagligt

2 gange dagligt

1 gang dagligt

3-6 gange ugentligt

1-2 gange ugentligt

Sjældnere

Spm. 36 Når du spiser brød, hvor ofte plejer du så at smøre fedtstof på?

Hver gang De fleste Fra tid til De Aldrig
gange gange anden færreste
gange

Spm. 37 Drak du alkohol i sidste uge?

Ja
Nej
Ved ikke

*Hvor mange genstande drak du på hver af dagene i sidste uge? Der er mulighed for at svare inden for kategorierne almindelig øl, vin og spiritus.
Vi starter med i går og tager en dag ad gangen.*

	Øl	Vin	Spiritus
mandag			
tirsdag			
onsdag			
torsdag			
fredag			
lørdag			
søndag			

Øl

1 fl. pilsner = 1 genstand

1 fl. stærk øl = 1,5 genstand

Vin

1 fl. rød/ hvidvin = 6 genstande

1 glas rød/hvidvin = 1 genstand

1 fl. hedvin 70 cl = 10 genstande

1 glas hedvin = 1 genstand

Hedvin medregnes som vin.

Hedvin er drikke som f.eks. Campari, Bailey, Martini, Vermouth, portvin og sherry m.fl.

Spiritus

1 fl. spiritus 75 cl = 25 genstande

1 snaps = 1 genstand

1 alkoholsodavand (eks. Smirnoff Ice) = 1 genstand

Spiritus er drikke med over 40 % alkohol som f.eks. cognac, whisky, snaps m.fl.

Baggrundsspørgsmål

Spm. 38 Bor du sammen med en ægtefælle/samlever?

Ja
Nej (Mange tak fordi du deltog i undersøgelsen)

Spm. 39 Hvad er din ægtefælles/samlevers hovedbeskæftigelse i øjeblikket?

1. Arbejder, ufaglært
2. Arbejder, faglært
3. Funktionær/tjenestemand
4. Ledende funktionær/tjenestemand
5. Selvstændig
6. Lærling/elev
7. Skoleelev/studerende
8. Skåne-/puljejob
9. Arbejdsløs
10. Pensionist/efterlønsmodtager
11. Førtidspensionist
12. Langtidssyg
13. Hjemmegående
14. Medhjælpende ægtefælle
15. Andet: hvad?

Mange tak fordi du deltog i undersøgelsen.

Bilag 2 Interviewguide

Introduktion

- ◆ Præsentation af interviewer, referent og DSI.
- ◆ Præsentation af projektets formål: At kortlægge sundhedspersonalets rådgivningspraksis i relation til rygning, kost, fysisk aktivitet, overvægt og alkohol; At analysere hvilke forhold, der former denne praksis; At udforme konkrete forslag til yderligere kvalificering og motivering. Spørgeskemaundersøgelser og interviewundersøgelse på denne baggrund.
- ◆ Praktisk: Båndoptager, referat, tavshedspligt, ordstyrer, anonymitet, tilkendegive uenighed.
- ◆ Eventuelle spørgsmål.

Præsentationsrunde

- ◆ Navn, alder, stillingsbetegnelse og hvor længe I har været i jeres fag, evt. tid i nuværende stilling.

Introduktionsspørgsmål rådgivningspraksis

- ◆ Er der en, der har lyst til at fortælle om en konkret situation, hvor I rådgav om rygning, kostændringer, motion, vægt eller alkohol? (Hvorfor valgte I at rådgive, hvordan gjorde I det, hvad var patientens reaktion?)
- ◆ Svarer den beskrevne rådgivningssituation til jeres generelle oplevelse med at rådgive om sundhedsadfærd? F.eks. mht. forløbet af rådgivningen, temaer, patientreaktioner?
- ◆ Hvornår finder I det relevant at rådgive en patient om de fem emner?
- ◆ Stiller det andre eller anderledes krav til rådgiveren, når patienten ikke har en livsstilsrelateret diagnose?
- ◆ Vores undersøgelse viser, at antallet af personale, som rådgiver om en given livsstil fordobles, når patienten har en diagnose relateret til livsstilen. Er det noget I kan genkende?

Strukturelle rammer

- ◆ I hvor høj grad er rådgivning om sundhedsadfærd noget I diskuterer på afdelingen/klinikken? Oplever I f.eks. opbakning til eller forventning om en prioritering af rådgivning om sundhedsadfærd fra kollegaer/den nærmeste ledelse/kollegiale netværk?
- ◆ Har I eller ledelsen diskuteret hvor ofte, hvordan og/eller i hvilke sammenhænge I skal rådgive om sundhedsadfærd?

- ◆ Hvilke forventninger oplever I, at der er til jer vedr. rådgivning om sundhedsadfærd fra de faglige organisationers og nationale myndigheders side? Oplever I opbakning til eller forventning om rådgivning om sundhedsadfærd herfra?
- ◆ Hvad er jeres faggruppes stærke sider i forbindelse med rådgivning om sundhedsadfærd? Svage sider?
- ◆ Hvad er jeres henvisningsmuligheder ift de fem emner?

Rådgivningsformer

- ◆ Hvad forstår I ved rådgivning om sundhedsadfærd?
- ◆ I den tidligere beskrevne situation, hvad udgjorde da det, som I forstår som rådgivning?
- ◆ Hvilke konkrete handlinger og temaer indebærer jeres rådgivning om sundhedsadfærd typisk?
- ◆ Vores undersøgelse viser, at langt størstedelen af sundhedspersonalet, uanset faggruppe og sundhedsadfærd, rådgiver ved enten at motivere patienten til en livsstilsændring eller ved at oplyse om de skadelige virkninger af en given adfærd. Er det noget I kan genkende?
- ◆ Hvad indebærer rådgivning i form af motivering af patienten til en livsstilsændring typisk for jer?
- ◆ Hvad indebærer rådgivning i form af oplysning om de skadelige effekter typisk for jer?

Rådgivningskvalifikationer

- ◆ Er der en, der har lyst til at fortælle om det seneste kursus, undervisningsforløb eller lignende i rådgivning om sundhedsadfærd, som I har deltaget i? Hvad var kursets formål, hvilke temaer blev taget op, hvor lang tid varede det?
- ◆ Svarer det beskrevne kursus, til den undervisning I andre har modtaget? Hvis nej, hvorved adskilte de sig?
- ◆ Er der nogle elementer eller tilgange fra et kursus eller undervisningsforløb i rådgivning om sundhedsadfærd, som I bruger i jeres rådgivning?
- ◆ Hvilken betydning har viden om f.eks. rygestop, kostændringer eller fysisk aktivitet i forhold til f.eks. erfaring med at rådgive om de pågældende emner?
- ◆ Hvad forstår I ved "tilstrækkelig viden" til at kunne rådgive om sundhedsadfærd?
- ◆ Hvilken betydning har f.eks. en klar evidens i forhold til konkrete erfaringer med at rådgivningen har en effekt?

Holdninger og idealer

- ◆ Hvad gør det svært at rådgive om sundhedsadfærd? I kan tage udgangspunkt i den beskrevne rådgivningssituation, hvis I har lyst.

- ◆ Hvad gør det modsat nemmere at rådgive om sundhedsadfærd?
- ◆ Nogen gange vil en patients sundhedsadfærd være åbenlys, f.eks. når det gælder overvægt eller rygning. Andre gange kan det være sværere umiddelbart at afgøre om der er et problem, f.eks. ift alkohol eller fysisk inaktivitet. Har det betydning for jeres rådgivningspraksis, hvis I først skal afdække hvorvidt en patient f.eks. er fysisk inaktiv eller drikker for meget?
- ◆ Dilemmaet mellem respekten for patientens ret til frit at vælge livsstil og ansvaret for at rådgive om en sund livsstil diskuteres ofte i relation til rådgivning om sundhedsadfærd. Er det et dilemma I kan genkende fra jeres hverdag? Hvis ja, hvordan håndterer I det?
- ◆ Hvilken betydning har det for jeres rådgivningspraksis, at patienten kan mangle motivation til en livsstilsændring?
- ◆ Har det i denne sammenhæng nogen betydning, hvilken sundhedsadfærd I rådgiver om, er der f.eks. forskel på rådgivning om fysisk aktivitet og overvægt?

Afslutning

- ◆ Er der noget vi ikke har spurgt ind til, som I finder væsentligt at få frem inden for dette emne?

Bilag 3 Spørgeskemadata

I Bilagstabellerne 1-19 betegner p* fordelingen inden for faggruppen sammenlignet med fordelingen blandt de øvrige faggrupper og N** at populationen N er uvægtet. Faggrupperne er i de fleste tabeller anført ved A, B, C, ...J, som vist i Bilagstabellerne 1-3.

Sundhedspersonalets daglige patientkontakter

Bilagstabel 1 Daglig patientkontakt inden for faggrupperne

		Hvor stor en del af din arbejdsdag går med direkte patientkontakt?			p*	N**
Faggruppe		Aldrig	1/4 til 1/2 af tiden	3/4 til hele tiden		
A	Praktiserende læge	0	6	94	0,00	211
B	Konsultationssygeplejerske	0	6	93	0,00	254
C	Sundhedsplejerske	1	28	72	0,00	264
D	Fysioterapeut, klinik	0	1	99	0,00	285
E	Speciallæge, hospital	10	26	64	0,00	395
F	Reservelæge, hospital	6	21	74	0,70	307
G	Sygeplejerske, hospital	6	22	72	0,05	250
H	Jordemoder	0	3	97	0,00	260
I	Fysioterapeut, hospital	0	32	68	0,00	274
J	Social- og sundhedsassistent	6	14	80	0,11	256
I alt (vægtet)		5	19	76		2.756

Bilagstabel 2 Dagligt antal patientkontakter inden for på faggrupper (gennemsnit)

		Hvor mange patienter har du i gennemsnit i løbet af en arbejdsdag?		p*	N**
Faggruppe					
A	Praktiserende læge	36		0,00	211
B	Konsultationssygeplejerske	30		0,00	254
C	Sundhedsplejerske	8		0,00	263
D	Fysioterapeut, klinik	15		0,00	285
E	Speciallæge, hospital	14		0,04	372
F	Reservelæge, hospital	13		0,42	301
G	Sygeplejerske, hospital	10		0,00	246
H	Jordemoder	8		0,00	259
I	Fysioterapeut, hospital	9		0,00	274
J	Social- og sundhedsassistent	12		0,00	249
I alt (vægtet)		13			2.711

Rådgivning om sundhedsadfærd, hvor ofte?

Bilagstabel 3 Personalets daglige tidsforbrug på rådgivning om sundhedsadfærd (%)

		I løbet af en arbejdsdag, hvor lang tid bruger du i gennemsnit på at tale med patienter om livsstil?		
Faggruppe		Tid	p*	N**
A	Praktiserende læge	01:19	0,00	210
B	Konsultationssygeplejerske	01:33	0,00	254
C	Sundhedsplejerske	02:34	0,00	264
D	Fysioterapeut, klinik	01:30	0,00	285
E	Speciallæge, hospital	00:34	0,00	393
F	Reservelæge, hospital	00:38	0,00	307
G	Sygeplejerske, hospital	00:46	0,04	250
H	Jordemoder	01:06	0,00	260
I	Fysioterapeut, hospital	00:46	0,03	274
J	Social- og sundhedsassistent	00:50	0,35	256
I alt (vægtet)		00:53		2.753

Bilagstabel 4 Hyppighed af rådgivning om hhv. rygestop, kostændring, fysisk aktivitet, vægttab og alkoholforbrug inden for faggrupperne (%)

		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	I alt [#]
Hvor tit taler du med patienter om rygestop?	Sjældent	1	20	36	44	35	22	46	17	52	40	32
	Ugenligt	46	59	60	50	42	58	44	74	45	42	52
	Dagligt	53	21	4	6	23	20	10	8	4	18	16
	P*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,25	
Hvor tit taler du med patienter om kostændringer?	Sjældent	0	7	3	15	38	33	38	16	55	31	25
	Ugenligt	47	56	69	69	42	55	43	74	42	39	53
	Dagligt	53	37	29	16	20	12	19	10	3	29	22
	P*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	
Hvor tit taler du med patienter om fysisk aktivitet?	Sjældent	1	6	2	1	34	31	35	13	6	27	17
	Ugenligt	41	56	69	10	44	50	41	76	26	30	44
	Dagligt	58	38	29	89	22	19	24	11	68	43	39
	P*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Hvor tit taler du med patienter om vægttab?	Sjældent	0	9	13	14	35	32	54	30	44	49	29
	Ugenligt	55	61	80	66	47	56	34	65	51	36	55
	Dagligt	45	30	7	21	17	11	12	6	5	15	16
	P*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	
Hvor tit taler du med patienter om reduktion af alkoholforbrug?	Sjældent	3	36	70	84	48	38	67	57	85	60	56
	Ugenligt	85	57	28	15	43	53	30	39	14	34	39
	Dagligt	12	7	2	1	8	8	3	4	1	6	5
	P*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,66	0,00	0,31	
N**		255	210	254	264	285	393	307	250	260	274	2.752

Note: Sjældent omfatter tillige "Aldrig"

Vægtet

Bilagstabel 5 Rådgivning om sundhedsadfærd inden for faggrupperne afhængig af patientens helbred (%)

		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	I alt [#]
Taler du om rygestop med en ny patient, hvis patienten er ryger, men ellers er rask?	Aldrig	10	25	18	41	42	28	46	11	55	47	40
	Sjældent	40	40	31	43	24	34	22	5	29	23	26
	Altid, ofte	51	35	51	16	34	38	32	84	16	30	34
	P*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,73	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	
	N**	210	252	263	285	393	307	250	258	274	254	2.746
Taler du om rygestop med en ny patient, hvis patienten er ryger med diagnose der påvirkes af rygning?	Aldrig	0	14	25	22	30	19	38	11	38	36	31
	Sjældent	2	12	16	14	5	4	9	3	16	16	9
	Altid, ofte	98	74	60	64	65	77	53	86	45	48	60
	P*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	N**	210	252	263	285	393	307	250	258	274	254	2.746
Taler du om fysisk aktivitet med en ny patient, hvis patienten er fysisk inaktiv, men ellers er rask?	Aldrig	19	23	6	3	48	44	44	14	17	33	37
	Sjældent	53	48	22	15	28	38	27	17	19	19	28
	Altid, ofte	28	29	72	82	24	18	29	68	63	47	35
	P*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	N**	210	252	262	285	393	307	250	259	274	255	2.747
Taler du om fysisk aktivitet med en ny patient, hvis patienten er fysisk inaktiv og har helbredsproblemer?	Aldrig	1	8	5	1	34	25	34	13	7	28	26
	Sjældent	8	17	10	2	14	24	18	8	7	15	16
	Altid, ofte	91	75	86	97	52	51	48	79	86	57	58
	P*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,86	
	N**	210	252	262	285	393	307	250	259	274	255	2.747
Taler du om vægttab med en ny patient, hvis patienten er overvægtig, men ellers er rask?	Aldrig	11	25	8	20	41	33	57	25	43	53	45
	Sjældent	53	46	26	51	28	44	26	17	42	28	31
	Altid, ofte	35	29	65	29	31	23	18	58	15	19	23
	P*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	
	N**	210	252	263	285	393	307	250	258	274	254	2.746
Taler du om vægttab med en ny patient, hvis patienten er overvægtig og har helbredsproblemer?	Aldrig	0	9	8	6	30	22	46	24	26	43	35
	Sjældent	4	16	10	18	9	11	15	7	30	23	15
	Altid, ofte	95	75	82	77	61	67	38	69	44	34	50
	P*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	N**	210	252	263	285	393	307	250	258	274	254	2.746
Taler du om at ned-sætte alkoholforbrug med en ny patient, hvis du ved at patienten har et stort forbrug, men ellers er rask?	Aldrig	7	37	39	74	49	36	58	35	72	54	51
	Sjældent	38	43	16	18	15	23	20	3	18	24	22
	Altid, ofte	55	19	44	8	36	42	22	62	10	23	27
	P*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21	
	N**	210	252	262	285	393	307	250	259	274	255	2.747
Taler du om at ned-sætte alkoholforbrug med en ny patient, hvis du ved at patienten har et stort forbrug og helbredsproblemer?	Aldrig	0	25	40	62	39	31	53	35	66	49	45
	Sjældent	4	22	11	15	7	7	10	3	14	16	11
	Altid, ofte	95	53	50	22	54	62	38	61	20	35	44
	P*	0,00	0,00	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	N**	210	252	262	285	393	307	250	259	274	255	2.747

Note Sjældent omfatter tillige "Somme tider"

Vægtet

Rådgivning om sundhedsadfærd, hvordan?

Bilagstabel 6 Andel inden for faggrupper, der benytter forskellige rådgivningsformer i relation til rådgivning om rygning (%)

Tænk på de seneste tre gange, du talte om rygestop med patienter.		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	I alt [#]
Oplyste du om de skadelige effekter ved at ryge?	Ja	88	85	84	77	94	91	84	94	79	78	85
	Nej	12	15	16	23	6	9	16	6	21	22	15
	P*	0,25	0,97	0,67	0,00	0,00	0,01	0,61	0,00	0,05	0,01	
Udleverede du pjecer om rygestop?	Ja	26	50	39	4	22	14	28	69	5	35	28
	Nej	74	50	61	96	78	86	72	31	95	65	71
	P*	0,46	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00	0,92	0,00	0,00	0,04	
Forsøgte du at motivere til rygestop?	Ja	99	95	91	86	87	92	91	95	90	88	91
	Nej	1	5	9	14	13	8	9	5	10	12	9
	P*	0,00	0,04	0,97	0,03	0,04	0,50	0,93	0,02	0,75	0,12	
Aftalte du opfølgende samtale eller kontrol?	Ja	46	49	24	6	17	15	19	47	5	15	21
	Nej	54	51	76	94	83	85	81	53	95	85	79
	P*	0,00	0,00	0,35	0,00	0,07	0,01	0,25	0,00	0,00	0,03	
Henviste du til rygestoptilbud, f.eks. klinikker apoteker mv.?	Ja	53	58	54	30	42	46	58	78	43	60	54
	Nej	47	42	46	70	58	54	42	22	57	40	46
	P*	0,75	0,24	0,83	0,00	0,00	0,01	0,11	0,00	0,00	0,12	
Henviste du til andre sundhedsprofessionelle?	Ja	19	23	23	22	32	35	32	41	43	36	31
	Nej	81	77	77	78	68	65	68	59	57	64	69
	P*	0,00	0,01	0,01	0,00	0,97	0,24	0,77	0,00	0,00	0,13	
N**		88	85	84	77	94	91	84	94	79	78	85
# Vægtet												

Bilagstabel 7 Andel inden for faggrupper, der benytter forskellige rådgivningsformer i relation til rådgivning om kost (%)

Tænk på de seneste tre gange, du talte om kost med patienter.		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	I alt [#]
Oplyste du om de skadelige effekter af usund kost?	Ja	83	81	78	71	70	69	67	63	57	66	69
	Nej	17	19	22	29	30	31	33	37	43	34	31
	P*	0,00	0,00	0,00	0,65	0,79	0,88	0,30	0,06	0,00	0,26	
Udleverede du pjecer om sund kost?	Ja	62	72	76	9	16	15	39	19	4	31	36
	Nej	38	28	24	91	84	85	61	81	96	69	64
	P*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,12	0,00	0,00	0,14	
Forsøgte du at motivere til omlægning af kostvaner?	Ja	98	99	97	91	82	88	86	91	88	86	88
	Nej	2	1	3	9	18	12	14	9	12	14	12
	P*	0,00	0,00	0,00	0,11	0,01	0,99	0,12	0,12	0,98	0,47	
Aftalte du opfølgende samtale eller kontrol?	Ja	85	77	85	16	29	29	36	33	6	29	39
	Nej	15	23	15	84	71	71	64	67	94	71	61
	P*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,14	0,06	0,00	0,00	
Henviste du til andre sundhedsprofessionelle?	Ja	42	31	36	51	56	56	61	33	55	56	54
	Nej	58	69	64	49	44	44	39	67	45	44	46
	P*	0,00	0,00	0,00	0,25	0,69	0,57	0,01	0,00	0,90	0,58	
N**		208	239	256	259	268	233	167	230	177	185	2.222
# Vægtet												

Bilagstabel 8 Andel inden for faggrupper, der benytter forskellige rådgivningsformer i relation til rådgivning om fysisk aktivitet (%)

Tænk på de seneste tre gange, du talte om fysisk aktivitet med patienter.		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	I alt [#]
Oplyste du om de skadelige effekter af fysisk inaktivitet?	Ja	78	74	70	91	71	70	74	59	78	84	75
	Nej	22	26	30	9	29	30	26	41	22	16	25
	P*	0,47	0,66	0,06	0,00	0,12	0,08	0,34	0,00	0,43	0,00	
Udleverede du pjecer om fysisk aktivitet?	Ja	18	21	25	47	9	8	15	30	51	10	17
	Nej	82	79	75	53	91	92	85	70	49	90	83
	P*	0,67	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,36	0,00	0,00	0,01	
Forsøgte du at motivere til at være mere fysisk aktiv?	Ja	99	99	98	100	89	90	87	93	99	93	91
	Nej	1	1	2	0	11	10	13	7	1	7	9
	P*	0,00	0,00	0,00	0,01	0,21	0,71	0,00	0,43	0,00	0,42	
Aftalte du opfølgende samtale eller kontrol?	Ja	40	58	55	73	28	20	25	27	50	31	32
	Nej	60	42	45	27	72	80	75	73	50	69	68
	P*	0,02	0,00	0,00	0,00	0,17	0,00	0,00	0,07	0,00	0,68	
Henviste du til idræts- og motionstilbud?	Ja	45	46	79	83	21	26	25	64	71	25	34
	Nej	55	54	21	17	79	74	75	36	29	75	66
	P*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	
Henviste du til andre sundhedsprofessionelle?	Ja	19	17	17	17	21	22	34	28	29	42	30
	Nej	81	83	83	83	79	78	66	72	71	58	70
	P*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,06	0,55	0,75	0,00	
N**		206	238	256	283	276	240	173	231	253	193	2.349
# Vægtet												

Bilagstabel 9 Andel inden for faggrupper, der benytter forskellige rådgivningsformer i relation til rådgivning om overvægt (%)

Tænk på de seneste tre gange, du talte overvægt eller vægttab med patienter.		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	I alt [#]
Oplyste du om de skadelige effekter af overvægt?	Ja	87	82	68	84	88	86	75	74	77	67	78
	Nej	13	18	32	16	12	14	25	26	23	33	22
	P*	0,00	0,10	0,00	0,02	0,00	0,00	0,19	0,18	0,73	0,00	
Udleverede du pjecer om overvægt/vægttab?	Ja	29	55	37	4	12	9	12	10	3	8	15
	Nej	71	45	63	96	88	91	88	90	97	92	85
	P*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,19	0,01	0,13	0,04	0,00	0,00	
Forsøgte du at motivere til vægttab?	Ja	100	100	96	93	88	89	77	79	83	78	84
	Nej	0	0	4	7	12	11	23	21	17	22	16
	P*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,12	0,08	0,00	0,06	0,53	0,03	
Aftalte du opfølgende samtale eller kontrol?	Ja	91	84	82	19	29	28	31	47	8	27	39
	Nej	9	16	18	81	71	72	69	53	92	73	61
	P*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	
Henviste du til tilbud som vægtvogterne, vægtekonsulenterne?	Ja	54	41	31	58	22	25	24	23	21	26	29
	Nej	46	59	69	42	78	75	76	77	79	74	71
	P*	0,00	0,00	0,46	0,00	0,01	0,22	0,04	0,04	0,01	0,32	
Henviste du til andre sundhedsprofessionelle?	Ja	34	28	39	40	49	46	50	36	38	46	45
	Nej	66	72	61	60	51	54	50	64	62	54	55
	P*	0,00	0,00	0,08	0,11	0,14	0,80	0,07	0,02	0,05	0,75	
N**		206	234	244	265	280	237	132	207	201	159	2.165
# Vægtet												

Bilagstabel 10 Andel inden for faggrupper, der benytter forskellige rådgivningsformer i relation til rådgivning om alkoholforbrug (%)

Tænk på de seneste tre gange du talte med patienter om alkoholforbrug.		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	I alt [#]
Oplyste du om de skadelige effekter af et stort alkoholforbrug	Ja	92	72	78	51	90	88	78	79	70	72	80
	Nej	8	28	22	49	10	12	22	21	30	28	20
	P*	0,00	0,01	0,48	0,00	0,00	0,00	0,44	0,75	0,02	0,01	
Udleverede du pjecer om alkohol?	Ja	12	11	18	0	12	9	8	46	2	16	11
	Nej	88	89	82	100	88	91	92	54	98	84	89
	P*	0,94	0,76	0,01	0,00	0,74	0,23	0,14	0,00	0,00	0,05	
Forsøgte du at motivere til at nedsætte alkoholforbrug?	Ja	96	83	78	63	85	93	78	71	72	75	81
	Nej	4	17	22	37	15	7	22	29	28	25	19
	P*	0,00	0,66	0,27	0,00	0,17	0,00	0,11	0,00	0,02	0,06	
Aftalte du opfølgende samtale eller kontrol?	Ja	71	55	27	6	24	27	21	32	3	17	28
	Nej	29	45	73	94	76	73	79	68	97	83	72
	P*	0,00	0,00	0,70	0,00	0,19	0,59	0,01	0,24	0,00	0,00	
Henviste du til tilbud som Længen, AA mv.?	Ja	50	22	24	16	22	30	21	7	14	27	25
	Nej	50	78	76	84	78	70	79	93	86	73	75
	P*	0,00	0,36	0,60	0,01	0,25	0,11	0,07	0,00	0,01	0,72	
Henviste du til andre sundhedsprofessionelle?	Ja	21	22	26	22	30	36	27	23	25	29	28
	Nej	79	78	74	78	70	64	73	77	75	71	72
	P*	0,05	0,09	0,69	0,15	0,35	0,01	0,93	0,24	0,53	0,69	
N**		207	196	157	115	240	214	117	166	93	138	1.643

Vægtet

Rådgivningskompetencer og holdning til rådgivning

Bilagstabel 11 Andel inden for faggrupper, der har modtaget undervisning i rådgivning om sundhedsadfærd (%)

		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	I alt [#]
Hvornår har du sidst fået undervisning i rådgivning om rygestop?	Aldrig	34	28	29	76	62	57	48	16	71	49	49
	> 1 år siden	45	33	61	16	23	27	31	65	16	21	30
	≤ 1 år siden	21	39	10	8	15	15	22	19	13	30	21
p*		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,72	0,00	0,00	0,00	
Hvornår har du sidst fået undervisning i rådgivning om kost?	Aldrig	15	7	3	42	52	44	21	14	56	21	26
	> 1 år siden	41	34	27	31	25	30	45	76	25	36	39
	≤ 1 år siden	43	58	70	27	23	26	34	10	19	44	35
p*		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	
Hvornår har du sidst fået undervisning om fysisk inaktivitet?	Aldrig	17	19	18	11	59	48	35	31	18	29	34
	> 1 år siden	25	29	37	27	22	29	42	59	27	38	36
	≤ 1 år siden	58	51	44	62	19	23	23	10	55	33	30
p*		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,22	
Hvornår har du sidst fået undervisning i rådgivning om overvægt/vægttab?	Aldrig	14	12	12	42	57	44	35	24	54	38	36
	> 1 år siden	37	30	29	26	24	29	38	63	21	35	34
	≤ 1 år siden	49	58	59	33	19	27	28	12	26	27	29
p*		0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,03	0,15	0,00	0,00	0,58	
Hvornår har du sidst fået undervisning om nedsættelse af alkoholforbrug?	Aldrig	27	40	39	80	63	54	51	31	80	52	52
	> 1 år siden	56	46	39	14	26	31	38	63	12	30	35
	≤ 1 år siden	17	14	23	6	11	15	11	7	8	18	13
p*		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,24	0,13	0,00	0,00	0,02	
N**		210	253	262	285	392	307	250	259	274	255	2.747

Vægtet

Bilagstabel 12 Andel inden for faggruppe, der har tilstrækkelig viden til at rådgive om sundhedsadfærd (%)

		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	I alt [#]
Min viden er tilstrækkelig til at kunne rådgive om rygningens konsekvenser for helbredet	Uenig	0	8	4	15	3	3	5	6	14	6	0
	Hverken/el.	1	5	5	9	3	3	4	5	13	10	1
	Enig	99	87	91	75	95	94	91	90	73	84	99
	P*	0,00	0,15	0,58	0,00	0,00	0,06	0,16	0,95	0,00	0,00	0,00
Min viden er tilstrækkelig til at kunne rådgive om kostens betydning for helbredet	Uenig	1	2	1	6	4	7	2	3	12	4	1
	Hverken/el.	4	2	1	12	6	6	4	10	18	7	4
	Enig	95	96	98	82	89	87	94	87	70	89	95
	P*	0,39	0,00	0,00	0,00	0,54	0,00	0,14	0,00	0,00	0,13	0,39
Min viden er tilstrækkelig til at kunne rådgive om helbredsmæssige konsekvenser af fysisk inaktivitet	Uenig	0	2	3	0	4	5	2	5	0	2	0
	Hverken/el.	2	3	2	1	6	8	5	12	1	7	2
	Enig	98	95	95	99	91	87	93	83	98	91	98
	P*	0,13	0,53	0,50	0,00	0,28	0,00	0,68	0,00	0,00	0,54	0,13
Min viden er tilstrækkelig til at kunne rådgive om helbredsmæssige konsekvenser af overvægt	Uenig	0	2	1	2	3	3	4	4	3	2	0
	Hverken/el.	2	1	1	3	5	6	4	8	10	10	2
	Enig	98	97	98	95	92	91	92	88	87	88	98
	P*	0,02	0,32	0,16	0,16	0,25	0,78	0,51	0,00	0,00	0,01	0,02
Min viden er tilstrækkelig til at kunne rådgive om et stort alkoholforbrugs konsekvenser for helbredet	Uenig	1	5	4	21	3	4	5	6	18	4	1
	Hverken/el.	1	8	10	22	7	6	11	9	22	9	1
	Enig	98	87	86	56	90	91	84	85	59	87	98
	P*	0,00	0,00	0,72	0,00	0,00	0,08	0,56	0,82	0,00	0,67	0,00
N**		210	252	262	285	392	306	250	259	274	255	210

Note: Uenig omfatter helt og delvis uenig

Enig omfatter helt og delvis enig

Vægtet

Bilagstabel 13 Holdning til rådgivning om sundhedsadfærd inden for faggruppe (%)

		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	I alt [#]
Det er mit ansvar/min opgave at rådgive patienter om livsstil	Uenig	2	7	3	6	17	5	9	2	6	11	9
	Hverken/el.	5	2	2	5	8	7	5	2	10	7	6
	Enig	93	91	95	88	75	88	85	95	84	82	85
	P*	0,01	0,09	0,00	0,07	0,00	0,05	0,91	0,00	0,00	0,02	
Der er vigtigt, at jeg foregår med et godt eksempel over for patienten ved at have en sund livsstil	Uenig	10	5	3	5	12	12	8	6	5	9	9
	Hverken/el.	12	5	5	5	10	8	6	11	8	9	8
	Enig	78	90	92	90	79	80	85	83	87	83	84
	P*	0,05	0,00	0,00	0,01	0,01	0,35	0,04	0,05	0,18	0,06	
Nogle patienter bliver provokeret, hvis jeg taler med dem om deres livsstil	Uenig	33	16	16	19	30	12	12	11	15	11	16
	Hverken/el.	13	9	5	8	10	7	5	5	9	5	7
	Enig	53	75	78	73	60	81	83	84	76	84	78
	P*	0,00	0,04	0,93	0,15	0,00	0,05	0,01	0,05	0,19	0,16	
Jeg har nemt ved at tale livsstil med mine patienter	Uenig	1	3	2	4	4	6	8	3	8	8	6
	Hverken/el.	4	4	7	7	9	11	11	6	16	9	10
	Enig	95	93	91	89	87	82	81	91	76	83	84
	P*	0,00	0,00	0,26	0,10	0,02	0,02	0,30	0,41	0,00	0,72	
N**		210	248	261	284	353	297	219	253	266	229	2.620

Note: Uenig omfatter helt og delvis uenig

Enig omfatter helt og delvis enig

Vægtet

Bilagstabel 14 Andel inden for faggruppe, der mener, at de kan motivere patienten til sundhedsadfærdsændring (%)

		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	I alt [#]
Jeg kan motivere mine	Uenig	13	18	20	38	25	25	27	19	39	38	27
patienter til at holde	Hverken/el.	22	23	33	32	30	28	23	19	37	18	24
op med at ryge	Enig	66	59	47	29	45	47	51	62	24	44	49
	P*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,14	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	
Jeg kan motivere mine	Uenig	6	5	4	0	16	17	9	6	1	9	9
patienter til at være	Hverken/el.	25	13	16	3	27	30	18	18	6	11	18
mere fysisk aktive	Enig	69	82	79	97	56	53	73	76	93	80	73
	P*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	
Jeg kan motivere mine	Uenig	8	3	6	13	19	19	9	10	26	14	12
patienter til at	Hverken/el.	21	12	15	24	28	31	20	18	34	14	21
omlægge deres kost	Enig	71	85	80	64	53	50	71	72	40	73	68
	P*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,09	
Jeg kan motivere mine	Uenig	12	16	23	46	24	30	30	15	44	33	28
patienter til at	Hverken/el.	29	29	36	36	31	30	28	23	36	23	28
nedsætte deres	Enig	60	55	41	19	45	40	42	62	19	44	43
alkoholforbrug	P*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,65	0,00	0,02	0,00	0,00	0,13	
	N**	207	222	219	216	299	270	183	221	212	198	2.247

Note: Uenig omfatter helt og delvis uenig

Enig omfatter helt og delvis enig

Vægtet

Bilagstabel 15 Angivelse inden for faggrupperne af mulige barrierer for rådgivning om sundhedsadfærd (%)

Hvad får dig til at lade være med at tale om livsstil med patienter?		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	I alt [#]
Frygten for patientens negative reaktioner	Ja	12	14	18	27	7	19	11	17	21	18	14
	P*	0,34	0,87	0,06	0,00	0,00	0,02	0,07	0,18	0,00	0,04	
Når patienten ikke er motiveret til at ændre livsstil	Ja	64	57	67	52	38	57	55	42	54	57	54
	P*	0,01	0,47	0,00	0,45	0,00	0,39	0,75	0,00	0,92	0,43	
Det er for tidskrævende	Ja	30	26	17	14	34	44	26	40	26	25	28
	P*	0,52	0,43	0,00	0,00	0,04	0,00	0,30	0,00	0,36	0,30	
Jeg mangler mere faglig viden	Ja	5	18	13	31	8	19	23	28	33	28	21
	P*	0,00	0,25	0,00	0,00	0,00	0,42	0,23	0,01	0,00	0,01	
Ved ikke hvordan jeg skal gribe det an	Ja	1	10	9	13	2	8	13	10	17	13	10
	P*	0,00	0,77	0,58	0,22	0,00	0,30	0,06	0,87	0,00	0,24	
	N**	211	254	264	285	395	307	250	260	274	256	2.756

Vægtet

Bilagstabel 16 Angivelse inden for faggrupperne af mulige fremmende faktorer for rådgivning om sundhedsadfærd (%)

Hvad kunne få dig til at rådgive mere om livsstil?		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	I alt [#]
Gode patientrettede informationsmaterialer	Ja P*	41 0,00	58 0,81	45 0,00	68 0,00	46 0,00	69 0,07	61 0,07	67 0,00	58 0,70	52 0,11	57
Gode informationsmaterialer rettet mod sundhedsprofessionelle	Ja P*	29 0,00	55 0,05	47 0,73	56 0,01	26 0,00	46 0,57	53 0,01	63 0,00	54 0,05	51 0,39	48
Undervisning i metoder til at ændre patienters sundhedsadfærd	Ja P*	45 0,00	68 0,11	75 0,00	60 0,31	45 0,00	66 0,22	65 0,21	78 0,00	74 0,00	65 0,43	63
Erfaringsudveksling	Ja P*	34 0,00	58 0,01	65 0,00	49 0,95	33 0,00	43 0,04	54 0,02	64 0,00	53 0,18	48 0,80	49
Supervision	Ja P*	27 0,00	61 0,00	63 0,00	32 0,00	19 0,00	38 0,05	48 0,07	56 0,00	42 0,44	54 0,00	44
	N**	209	251	259	282	350	299	226	252	268	234	2.630

Vægtet

Sundhedspersonalets egen sundhedsadfærd

Bilagstabel 17 Sundhedspersonalets rygevaner og alkoholforbrug (%)

		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	I alt [#]
Rygestatus	Aldrig	53	61	59	67	51	68	61	59	69	44	57
	Tidligere	35	29	32	21	33	23	26	27	18	29	27
	< 15 g dag	9	9	8	11	14	7	9	11	10	18	11
	≥ 15 g dag	3	1	2	2	2	2	4	3	2	10	4
	P*	0,12	0,07	0,04	0,00	0,01	0,00	0,24	0,67	0,00	0,00	
	N**	210	252	261	285	391	306	250	259	273	255	2.742
Alkoholforbrug (genstande pr. dag)	Lille	21	48	41	47	34	58	52	62	50	62	50
	Moderat	68	47	52	47	57	40	42	36	47	33	44
	Højt	11	6	7	7	9	2	5	2	3	4	5
	P*	0,00	0,71	0,01	0,42	0,00	0,00	0,52	0,00	0,16	0,00	
	N**	209	252	261	285	391	306	250	259	273	255	2.471

Note: Alkohol

Lille forbrug = < 1/3 af genstandsgrensen

Moderat forbrug = 1/3 – 1/1 af genstandsgrensen

Højt forbrug = > genstandsgrensen

Vægtet

Bilagstabel 18 Sundhedspersonalets selvvurderede helbred og BMI (%)

		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	I alt [#]
Selvvurderet helbred	Virk. godt	39	33	27	34	32	40	29	24	29	25	30
	Godt	51	63	66	57	60	53	60	58	61	64	60
	Nogenlunde	9	3	7	8	7	6	10	15	9	9	9
	Dårligt	1	1	0	1	1	1	1	2	1	1	1
	Meget dårl.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	P*	0,07	0,04	0,56	0,79	0,17	0,01	0,75	0,00	0,97	0,33	
N**		210	252	261	285	391	306	250	259	273	255	2.742
BMI	Under	0	1	1	1	1	2	1	3	3	2	1
	Normal	69	81	80	74	71	78	74	74	78	68	73
	Over	28	17	18	22	26	18	21	18	17	24	22
	Meget over	2	1	1	2	2	1	4	5	3	6	4
	P*	0,10	0,03	0,05	0,82	0,09	0,04	0,74	0,10	0,13	0,00	
	N**	209	252	253	285	384	306	248	256	272	249	2.714

Note: BMI

Undervægtig = < 18,5

Normalvægtig ≥ 18,5 – 25

Overvægtig ≥ 25 – 30

Meget overvægtig ≥ 30

Vægtet

Bilagstabel 19 Sundhedspersonalets motions- og kostvaner (%)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	I alt [#]
<i>Hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse på din aktivitet i fritiden?</i>											
Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange pr. uge	6	1	1	12	4	7	2	2	7	1	3
Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde mindst 4 timer pr. uge	46	44	38	54	41	39	34	33	46	29	37
Går, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer pr. uge	43	53	59	33	51	49	61	62	45	67	58
Læser, ser fjernsyn eller har anden stillestående beskæftigelse	4	2	2	1	3	5	3	3	1	2	3
P*	0,00	0,03	0,17	0,00	0,10	0,00	0,09	0,31	0,00	0,00	
N**	209	252	261	285	391	306	250	259	273	255	2.741
<i>Hvor ofte plejer du at spise frugt, salat/råkost, kogte grønsager, bortset fra kartofler</i>											
≥ 3 gange dagligt	27	38	41	32	23	29	33	32	29	25	30
2 gange dagligt	43	41	46	42	41	40	39	47	44	41	40
1 gang dagligt	26	17	11	22	30	22	23	17	24	24	23
3-6 gange ugentligt	3	4	2	4	6	7	4	2	3	8	5
1-2 gange ugentligt	0	0	0	1	1	1	2	1	0	1	1
Sjældnere	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P*	0,46	0,34	0,09	0,83	0,01	0,49	0,17	0,04	0,51	0,05	
N**	209	252	261	285	391	306	250	259	273	255	2.741
<i>Når du spiser brød, hvor ofte plejer du så at smøre fedtstof på?</i>											
Hver gang	10	5	10	13	12	10	8	10	13	14	10
De fleste gange	11	5	8	19	17	18	11	18	20	11	12
Fra tid til anden	19	19	17	17	20	20	19	17	19	16	18
De færreste gange	24	33	36	26	22	31	33	32	28	24	29
Aldrig	37	39	29	25	32	22	29	24	19	34	30
P*	0,00	0,71	0,01	0,42	0,00	0,00	0,52	0,05	0,00	0,06	
N**	209	252	261	285	391	306	250	259	273	255	2.741
# Vægtet											

Resultater fra de logistiske regressionsanalyser

I Bilagstabellerne 20-25 er der kontrolleret for grad af patientkontakt, se Spm. 10.

p^s angiver, at værdien er for hele variabelen og N[#] angiver at populationen N er uvægtet.

Bilagstabel 20 Resultater fra den logistiske regressionsanalyse af variable associeret med rådgivning om sundhedsadfærd én time eller mere pr. dag

		Odds Ratio	95% CI	p ^s	N [#]
Selvvurderet helbred	Nogenlunde/meget dårligt	1		0,19	254
	Godt	1,76	0,95-3,25		1.629
	Virkelig godt	1,60	0,84-3,04		2.742
Faggruppe	Praktiserende læge	1		0,00	211
	Konsultationssygeplejerske	1,00	0,60-1,67		254
	Sundhedsplejerske	5,23	3,03-9,03		264
	Fysioterapeut, klinik	1,88	1,16-3,05		285
	Speciallæge, hospital	0,37	0,23-0,59		395
	Reservelæge, hospital	0,27	0,15-0,51		307
	Sygeplejerske, hospital	0,67	0,38-1,17		250
	Jordemoder	0,76	0,45-1,31		260
	Fysioterapeut, hospital	0,54	0,30-0,97		274
	SOSU-assistent	0,54	0,31-0,94		256
Uddannelsesskala*	Lav	1		0,00	916
	Middel	1,37	0,88-2,14		913
	Høj	3,30	2,17-5,01		918
Selvvurderet vidensskala*	Lav	1		0,34	849
	Middel	1,32	0,87-2,00		1.079
	Høj	1,35	0,87-2,11		817
Det er mit ansvar/min opgave at rådgive patienter om livsstil	Helt/delvis uenig	1		0,03	194
	Hverken eller	0,74	0,28-1,96		149
	Helt /delvis enig	1,60	0,79-3,21		2.311
	Ikke besvaret				88
Det er vigtigt, jeg foregår med et godt eksempel overfor patienten ved selv at have en sund livsstil	Helt/delvis uenig	1		0,00	201
	Hverken eller	1,77	0,73-4,31		212
	Helt /delvis enig	1,98	1,10-3,56		2.284
	Ikke besvaret				45
Nogle patienter bliver provokeret, hvis jeg taler med dem om deres livsstil	Helt/delvis uenig	1		0,64	469
	Hverken eller	1,58	0,78-3,21		200
	Helt /delvis enig	1,11	0,74-1,67		1.951
	Ikke besvaret				122
Jeg har nemt ved at tale livsstil med mine patienter	Helt/delvis uenig	1		0,00	126
	Hverken eller	1,97	0,49-7,95		224
	Helt /delvis enig	3,84	1,14-12,97		2.270
	Ikke besvaret				122
Køn	Mand	1		0,15	707
	Kvinde	1,35	0,89-2,03		2.049
Alder	Pr. år	1,00	0,98-1,02	0,95	

*Se forklaring kapitel 2.

Bilagstabel 21 Resultater fra den logistiske regressionsanalyse af variable associeret med daglig rådgivning om rygestop

		Odds Ratio	95% CI	p [§]	N [#]
Rygestatus	Ryger nu	1		0,16	371
	Aldrig ryger	1,66	0,93-2,96		1.624
	Tidligere ryger	1,25	0,68-2,27		747
Faggruppe	Praktiserende læge	1		0,00	211
	Konsultationssygeplejerske	0,21	0,13-0,37		254
	Sundhedsplejerske	0,05	0,03-0,10		264
	Fysioterapeut, klinik	0,11	0,06-0,20		285
	Speciallæge, hospital	0,47	0,31-0,70		395
	Reservelæge, hospital	0,45	0,25-0,81		307
	Sygeplejerske, hospital	0,17	0,10-0,31		250
	Jordemoder	0,09	0,05-0,16		260
	Fysioterapeut, hospital	0,08	0,04-0,16		274
	SOSU-assistent	0,28	0,16-0,49		256
Hvornår har du sidst fået undervisning i rådgivning om rygestop?	Aldrig	1		0,00	1.334
	Over 1 år siden	1,49	1,00-2,23		902
	For et år eller mindre siden	4,20	2,72-6,46		511
Min viden er tilstrækkelig til at kunne rådgive om rygningens konsekvenser for helbredet	Helt /delvis uenig	1		0,16	175
	Hverken eller	1,48	0,43-5,13		159
	Helt /delvis enig	2,27	0,82-6,25		2.411
Jeg kan motivere mine patienter til at holde op med at ryge	Helt /delvis uenig	1		0,00	622
	Hverken eller	1,30	0,72-2,34		631
	Helt /delvis enig	1,91	1,17-3,13		1.116
	Ikke besvaret				373
Køn	Mand	1		0,45	707
	Kvinde	0,86	0,58-1,27		2.046
Alder	Pr. år	1,02	1,00-1,05	0,09	

Bilagstabel 22 Resultater fra den logistiske regressionsanalyse af variable associeret med daglig rådgivning om kostændringer

		Odds Ratio	95% CI	p ^s	N [#]
BMI	Overvægtig (≥25)	1		0,75	643
	Undervægtig (<18.5)	1,51	0,52-4,44		2.026
	Normal (≥18,5 - <25)	1,03	0,71-1,51		44
Hvor ofte plejer du at spise frugt, salat/råkost, kogte grøntsager - bortset fra kartofler?	1 gang dagligt/sjældnere	1		0,02	742
	2 gange dagligt	1,40	0,93-2,10		1.161
	3 gange dagligt	1,94	1,23-3,05		838
Når du spiser brød, hvor ofte plejer du så at smøre fedtstof på?	Hver gang	1		0,78	289
	De fleste gange	1,14	0,60-2,17		388
	Fra tid til anden	0,98	0,54-1,79		503
	De færreste gange	1,15	0,65-2,05		782
	Aldrig	0,89	0,51-1,56		779
Faggruppe	Praktiserende læge	1		0,00	211
	Konsultationssygeplejerske	0,42	0,27-0,68		254
	Sundhedsplejerske	0,27	0,17-0,43		264
	Fysioterapeut, klinik	0,23	0,14-0,37		285
	Speciallæge, hospital	0,42	0,27-0,64		395
	Reservelæge, hospital	0,23	0,13-0,40		307
	Sygeplejerske, hospital	0,30	0,18-0,50		250
	Jordemoder	0,14	0,08-0,25		260
	Fysioterapeut, hospital	0,04	0,02-0,09		274
	SOSU-assistent	0,46	0,28-0,74		256
Hvornår har du sidst fået undervisning i rådgivning om kost?	Aldrig	1		0,00	811
	Over 1 år siden	1,14	0,70-1,86		993
	For et år eller mindre siden	2,82	1,79-4,43		943
Min viden er tilstrækkelig til at kunne rådgive om kostens betydning for helbredet	Helt/delvis uenig	1		0,16	122
	Hverken eller	0,70	0,16-2,99		196
	Helt /delvis enig	1,43	0,39-5,22		2.427
Jeg kan motivere mine patienter til at omlægge deres kost	Helt/delvis uenig	1		0,00	319
	Hverken eller	1,35	0,68-2,68		540
	Helt /delvis enig	1,74	0,93-3,25		1.615
	Ikke besvaret				268
Køn	Mand	1		0,99	707
	Kvinde	1,00	0,67-1,51		2.049
Alder	Pr. år	1,02	1,00-1,04	0,06	

Bilagstabel 23 Resultater fra den logistiske regressionsanalyse af variable associeret med daglig rådgivning om fysisk aktivitet

		Odds Ratio	95% CI	p ^s	N [#]
BMI	Overvægtig (≥25)	1		0,84	643
	Undervægtig (<18,5)	1,68	0,46-6,12		2.026
	Normalvægtig (≥18,5 - <25)	1,28	0,56-2,95		44
Hvis vi ser på det sidste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse på din aktivitet i fritiden?	Lettere motion mindst 4 timer pr. uge eller stillesiddende beskæftigelse	1		0,41	1.510
	Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen	1,02	0,51-2,05		121
	Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde mindst 4 gange om ugen	1,24	0,90-1,71		1.1104
Faggruppe	Praktiserende læge	1		0,00	211
	Konsultationssygeplejerske	0,45	0,28-0,72		254
	Sundhedsplejerske	0,32	0,20-0,52		264
	Fysioterapeut, klinik	4,99	2,96-8,41		285
	Speciallæge, hospital	0,48	0,32-0,73		395
	Reservelæge, hospital	0,33	0,19-0,57		307
	Sygeplejerske, hospital	0,40	0,24-0,68		250
	Jordemoder	0,12	0,07-0,22		260
	Fysioterapeut, hospital	1,72	1,05-2,83		274
	SOSU-assistent	0,87	0,54-1,41		256
Hvornår har du sidst fået undervisning i rådgivning om fysisk inaktivitet?	Aldrig	1		0,00	836
	Over 1 år siden	1,87	1,26-2,77		901
	For et år eller mindre siden	2,91	1,97-4,28		1.010
Min viden er tilstrækkelig til at kunne rådgive om helbreds-mæssige konsekvenser af fysisk inaktivitet	Helt/delvis uenig	1		0,00	69
	Hverken eller	0,59	0,18-1,86		132
	Helt /delvis enig	1,80	0,70-4,60		2.544
Jeg kan motivere mine patienter til at være mere fysisk aktive	Helt/delvis uenig	1		0,00	188
	Hverken eller	1,61	0,76-3,45		421
	Helt /delvis enig	2,76	1,37-5,54		1.998
	Ikke besvaret	0,44	0,16-1,22		235
Køn	Mand	1		0,84	707
	Kvinde	0,96	0,64-1,44		2.049
Alder	Pr. år	1,00	0,98-1,03	0,69	

Bilagstabel 24 Resultater fra den logistiske regressionsanalyse af variable associeret med daglig rådgivning om overvægt/vægttab

		Odds Ratio	95% CI	p ^s	N [#]
BMI	Overvægtig (≥25)	1		0,69	643
	Undervægtig (<18,5)	2,08	0,40-10,93		2.026
	Normalvægtig (≥18,5 - <25)	1,06	0,40-2,83		44
Hvis vi ser på det sidste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse på din aktivitet i fritiden?	Lettere motion/stillestående beskæftigelse	1		0,95	1.510
	Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt	1,11	0,58-2,16		121
	Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde	1,01	0,70-1,44		1.110
Hvor ofte plejer du at spise frugt, salat/råkost, kogte grøntsager - bortset fra kartofler?	1 gang dagligt/sjældnere	1		0,01	742
	2 gange dagligt	1,42	0,91-2,21		1.161
	3 gange dagligt	2,17	1,33-3,53		838
Når du spiser brød, hvor ofte plejer du så at smøre fedtstof på?	Hver gang	1		0,79	289
	De fleste gange	0,94	0,46-1,91		388
	Fra tid til anden	0,75	0,38-1,45		503
	De færreste gange	0,70	0,37-1,31		782
	Aldrig	0,79	0,42-1,49		779
Faggruppe	Praktiserende læge	1		0,00	211
	Konsultationssygeplejerske	0,59	0,36-0,96		254
	Sundhedsplejerske	0,09	0,05-0,16		264
	Fysioterapeut, klinik	0,47	0,28-0,78		285
	Speciallæge, hospital	0,52	0,34-0,82		395
	Reservelæge, hospital	0,37	0,20-0,70		307
	Sygeplejerske, hospital	0,34	0,19-0,60		250
	Jordemoder	0,13	0,07-0,25		260
	Fysioterapeut, hospital	0,14	0,07-0,29		274
Hvornår har du sidst fået undervisning i rådgivning om overvægt/vægttab?	SOSU-assistent	0,35	0,20-0,60		256
	Aldrig	1		0,00	962
	Over 1 år siden	1,59	1,00-2,52		891
	For et år eller mindre siden	2,82	1,82-4,36		894
Min viden er tilstrækkelig til at kunne rådgive om de helbreds-mæssige konsekvenser af overvægt/vægttab.	Helt/delvis uenig	1		0,00	206
	Hverken eller	0,39	0,17-0,91		970
	Helt /delvis enig	0,96	0,43-2,16		1.569
Jeg kan motivere mine patienter til at være fysisk aktive	Helt/delvis uenig	1		0,67	188
	Hverken eller	1,22	0,42-3,57		421
	Helt /delvis enig	1,60	0,57-4,49		1.898
	Ikke besvaret				235
Jeg kan motivere mine patienter til at omlægge deres kost	Helt/delvis uenig	1		0,09	319
	Hverken eller	0,97	0,40-2,35		540
	Helt /delvis enig	1,69	0,71-4,01		1.615
	Ikke besvaret	0,62	0,13-2,94		268
Køn	Mand	1		0,14	707
	Kvinde	0,73	0,48-1,11		2.046
Alder	Pr. år	1,02	1,00-1,05	0,10	

Bilagstabel 25 Resultater fra den logistiske regressionsanalyse af variable associeret med daglig rådgivning om alkohol

		Odds Ratio	95% CI	p [§]	N [#]
Alkohol, genstande pr. dag	Højt forbrug (>genstandsgrænsen)	1		0,99	151
	Lille forbrug (<1/3 af genstandsgrænsen)	0,90	0,19-4,38		1.301
	Moderat forbrug (1/3 – 1/1 af genstandsgrænsen)	0,90	0,20-4,11		1.287
Faggruppe	Praktiserende læge	1		0,00	211
	Konsultationssygeplejerske	0,67	0,29-1,54		254
	Sundhedsplejerske	0,15	0,05-0,47		264
	Fysioterapeut, klinik	0,16	0,05-0,54		285
	Speciallæge, hospital	1,04	0,54-2,01		395
	Reservelæge, hospital	0,53	0,23-1,22		307
	Sygeplejerske, hospital	0,29	0,11-0,74		250
	Jordemoder	0,36	0,14-0,93		260
	Fysioterapeut, hospital	0,10	0,02-0,42		274
	SOSU-assistent	0,62	0,27-1,43		256
Hvornår har du sidst fået undervisning i rådgivning om nedsættelse af alkoholforbrug?	Aldrig	1		0,00	1.456
	Over 1 år siden	1,48	0,77-2,87		939
	For et år eller mindre siden	6,52	3,37-12,63		352
Min viden er tilstrækkelig til at kunne rådgive om helbreds-mæssige konsekvenser af et stort alkoholforbrug	Helt/delvis uenig	1		0,06	194
	Hverken eller	0,89	0,11-7,06		294
	Helt /delvis enig	3,74	0,86-16,33		2.257
Jeg kan motivere mine patienter til at nedsætte deres alkoholforbrug	Helt/delvis uenig	1		0,03	609
	Hverken eller	0,71	0,31-1,67		676
	Helt /delvis enig	1,16	0,53-2,55		962
	Ikke besvaret	0,22	0,06-0,74		495
Køn	Mand	1		0,47	707
	Kvinde	0,76	0,36-1,60		2.049
Alder	Pr. år	0,97	0,94-1,00	0,06	

Sundhedspersonalets rådgivning om sundhedsadfærd

En kortlægning og analyse

Denne undersøgelse handler om læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, jordemødre samt social- og sundhedsassistenteres rådgivning om rygning, kost, fysisk aktivitet, overvægt og alkohol. Undersøgelsen er den første systematiske kortlægning og analyse af sundhedspersonalets rådgivningspraksis og baseret på omfattende spørgeskemabesvarelser fra og interviews med de væsentlige faggrupper i sundhedsvæsenet.

Undersøgelsen viser blandt andet at:

- sundhedspersonalet i gennemsnit bruger 1½ -2½ time dagligt på at rådgive,
- 8 ud af 10 blandt sundhedspersonalet mener, at rådgivning om sundhedsadfærd er deres ansvar,
- 9 ud af 10 blandt sundhedspersonalet oplever at have tilstrækkelig viden til at kunne rådgive, men at halvdelen selv skønner, at de mangler uddannelse i rådgivning om sundhedsadfærd,
- og at sundhedspersonale, som har modtaget undervisning i rådgivning om sundhedsadfærd, hyppigere rådgiver om sundhedsadfærd.

Undersøgelsen peger på, at der eksisterer et potentiale for en mere udbygget rådgivningsindsats, men identificerer også en række barrierer herfor. Fx udgør manglen på klare retningslinier for rådgivning en barriere, da det er op til den enkelte sundhedsprofessionelle at afgøre, hvad indhold, mål og omfang af rådgivningen skal være.

Undersøgelsen konkluderer, at der er behov for en systematisering og afklaring af området, og anbefaler en række konkrete tiltag, der kan styrke sundhedspersonalets rådgivningsindsats. Rapporten henvender sig til alle, der planlægger og udvikler forebyggende og sundhedsfremmende tiltag samt til sundhedspersonale, som er interesserede i et nyt blik på det daglige arbejde med rådgivning om sundhedsadfærd.