



Evaluering af pilotafprøvningen af Sunddialogs samtaleværktøj

August 2008

**Anne Rytter Hansen, Karl Vogt-Nielsen og
Henning Hansen**



Evaluering af pilotafprøvningen af Sunddialogs samtaleværktøj

August 2008

**Anne Rytter Hansen, Karl Vogt-Nielsen og
Henning Hansen**

Evaluering af pilotafprøvningen af Sunddialogs samtaleværktøj

© CASA, August 2008

ISBN 978-87-92384-09-6

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-92384-10-2

Indhold

1	Indledning, resumé og anbefalinger	3
2	Interview med sygeplejersker	13
2.1	Umiddelbare meninger om Sunddialog.....	13
2.2	Uddannelse og proces.....	13
2.3	Teknik og brugervenlighed	14
2.4	Omfang.....	14
2.5	Forskelle med og uden brug af samtaleværktøj	15
	Struktur på samtalerne.....	17
2.6	Delelementernes anvendelighed.....	20
3	Interview med læger	23
3.1	Umiddelbare indtryk af Sunddialog	23
3.2	Hvilke klinikker kan bruge redskabet?.....	23
3.3	Sygeplejerskerne: Meningsfyldt og fagligt løft.....	24
3.4	Effekt af forebyggende samtaler med og uden brug af Sunddialog....	24
3.5	Økonomiske overvejelser	25
3.6	Rekruttering af patienter.....	25
3.7	Påvirkning af andre forhold i klinikken	25
3.8	Lægernes ideer til fortsat udbredelse af Sunddialog	26
4	Fokusgruppemøde med patienter	27
4.1	Det første møde med redskabet.....	27
4.2	Forløbet af dialogmøderne	28
4.3	Om forløbet som sådant	29
4.4	Kommentarer til konkrete dele i redskabet	30
5	Spørgeskemaer til Sunddialog	35
5.1	Antal spørgeskemaer	35
5.2	Tekniske kommentarer	35
5.3	Resultaterne	36
6	Bilag: Spørgeskemaer til Sunddialog	39
6.1	Antal skemaer.....	39
6.2	Generelt om skemaerne	39
6.3	Gennemgang af spørgsmålene	40
	Forventninger til samtaleforløbet	40
6.4	Hvordan har Sunddialog-forløbet hjulpet?.....	76

1 Indledning, resumé og anbefalinger

Sunddialog er et digitalt program – et samtaleværktøj – som er udviklet med det formål at styrke de planlagte forebyggelseskonsultationer i almen praksis vedrørende livsstilsændringer.

Sunddialog er med støtte fra Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget (KVEU) i Region Hovedstaden blevet pilotafprøvet i samarbejde med en praktiserende læge.

Der blev uddannet 5 sygeplejersker i brug af samtaleværktøjet og til deltagelse i pilottesten. Der har deltaget 50 patienter i afprøvningsforløbet, hvor sygeplejersken har benyttet programmet som samtaleværktøj ved forebyggelseskonsultationer.

Afprøvningen er forløbet over 6 måneder og afsluttet juni 2008.

Formål

Denne evaluering har til formål:

- at dokumentere anvendeligheden af samtaleværktøjet
- at afdække sygeplejerskernes oplevede værdi ved brugen af samtaleværktøjet
- at afdække patienternes oplevede værdi ved brugen af samtaleværktøjet
- at vurdere effekten for patienterne af forløbet
- at bidrage med anbefalinger til en efterfølgende driftsafprøvning.

Læringselementet er generelt centralt i evalueringstilgangen.

Metode

Fire lægepraksisser har deltaget i pilotprojektet. Der er gennemført fem interview med sygeplejerskerne, på deres arbejdsplads, hvoraf to arbejder i samme praksis. Desuden er der gennemført telefoninterview med tre læger og et personligt interview med den fjerde på hans arbejdsplads.

Der er afholdt et fokusgruppemøde med 6 patienter, som har været involveret i pilotprojektet med Sunddialog. Patienterne dækkede de 4 involverede lægeklinikker og bestod af 3 mænd og 3 kvinder. Fokusgruppemødet fandt sted på CASA.

Resumeer af interview med sygeplejersker, læger og patienter:

Sygeplejersker

Alle sygeplejersker udtrykker sig generelt meget positivt om Sunddialog.

Alle sygeplejersker var også enige om, at kurset, der gik forud for brugen af Sunddialog, var godt. Især sygeplejerskerne, der ikke havde så meget erfa-

ring med forebyggende samtaler, var meget begejstrede for at lære nye spørgeteknikker. Det lod dog til, at der ikke var meget nyt at lære for den mere erfarne sygeplejerske. Det blev fremhævet, at der gik for lang tid mellem kurset og første afprøvning af redskabet i praksis.

Sygeplejerskerne har ikke afprøvet Sunddialog i den nuværende udgave, hvor tekniske vanskeligheder skulle være udbedret. Sygeplejerskerne nævner alle tekniske begyndervanskeligheder, hvilket medførte nogen usikkerhed i starten. De har dog været tilfredse med den hjælp, de i den forbindelse har fået undervejs, og var indstillede på, at det var vilkårene i et pilotprojekt. Deres indtryk var, at patienterne havde samme indstilling. Brugervenligheden har været helt fin for sygeplejerskerne, og de oplevede også, at den var det for patienterne. Dog oplevede de, at patienterne havde svært ved selv at formulere opgaver og skulle hjælpes i gang med at bruge værktøjet hjemme.

Omkring en halv time til de første samtaler og tyve minutter til de efterfølgende samt antallet af samtaler blev generelt fundet passende. De fleste slår dog de første samtaler sammen, da patienterne var motiverede for at komme i gang. Det vigtigste er dog, at der er mulighed for individuel tilpasning, og på den måde er det fint med ”elastik” i samtalerne. Alle sygeplejersker nævner et behov for opfølgning, hvor der ligeledes er mulighed for individuel tilpasning. Der har for nogle sygeplejersker været lidt for kort tid mellem samtalerne, idet de alle skulle nås til pilotprojektets deadline.

Der blev fremhævet en række forskelle på at afholde almindelige forebyggende samtaler og at anvende Sunddialog. Disse kan være med til at belyse værktøjets egentlige effekt:

- Tidsforbruget til samtalerne og brugen af redskabet kunne betale sig i forhold til, hvad der kom ud af dem.
- Visualiseringen af samtalen, som Sunddialog medfører, er en fordel for både sygeplejersken, hvis arbejdsopgaver bliver tydeligere, og patienten, som kan forholde sig til noget konkret og se sine fremskridt.
- Værktøjet lægger i højere grad op til medinddragelse og en mere individuel tilgang til patienten, hvilket er med til at fastholde patientens motivation.
- Der tilføjes en bredere tilgang til sundhed og en mere helhedsorienteret opfattelse af patienten. Det er mere oplagt at komme ind på andre aspekter af patientens liv end helbred, som kan være vigtige for, at patienterne føler sig forståede og kan handle i forhold til deres helbred.
- Den forebyggende samtale struktureres til fordel for sygeplejerskerne, som hjælpes til at omsætte deres viden konkret, og som får større klarhed over deres opgave. For den mere erfarne sygeplejerske virkede strukturen i begyndelsen som en hæmsko, men efter hun blev bedre kendt med værktøjet, var det ikke længere et problem. Strukturen fungerer også som

en tjekliste, der ifølge sygeplejerskerne virker forpligtende for patienterne.

- Kurset og værktøjet har givet sygeplejerskerne et fagligt løft, som de også kan bruge i klinikken i øvrigt.
- Sygeplejersker og læger har i nogle tilfælde kunnet anvende værktøjet, når andre ting ikke syntes at virke.
- For nogle sygeplejersker hjælper værktøjet til nemmere at komme ind på følsomme emner. For andre har det ikke gjort nogen forskel.
- Sygeplejerskernes indtryk er, at patienterne har været meget glade for værktøjet. Nogle patienter er faldet fra undervejs. Sygeplejerskernes indtryk er, at det primært skyldes manglende motivation og ikke har noget med Sunddialog at gøre. Det bliver også udtrykt, at værktøjet egner sig til alle uanset alder eller uddannelsesniveau.
- Brugen af Sunddialog har i mindre omfang ændret andre forhold i klinikken. Nogle opgaver er som følge af sygeplejerskernes kompetenceløft overført fra lægerne til dem. Sygeplejerskerne har i løbet af projektperiodens forløb nogle gange måtte lade andre ting vente. Et sådant projektforløb kræver altså en klinik med et vist tidsmæssigt overskud.

Angående Sunddialogs delelementer udtrykte sygeplejerskerne, at de under ”Helbredstilstand” havde manglet muligheden for at indtaste flere ”hårde data”, og at nogle af spørgsmålene omkring funktionsevne var lidt svære at forholde sig til.

Kompasset havde en god visuel effekt, som gjorde det tydeligt for patienterne, at de havde rykket sig under forløbet.

Handlingsplanen fungerede fint som en tjekliste, der ifølge sygeplejerskerne fik patienterne til at føle sig forpligtede. Patienterne havde dog ikke nemt ved selv at formulere nye opgaver.

Netværkskortet gjorde det for nogle sygeplejersker nemmere at komme ind på patienternes personlige relationer.

At kunne se deres ressourcer bogstavelig talt vokse på skærmen gav patienterne, ifølge sygeplejerskerne, stolthed og en ny oplevelse af, at det kunne være positivt at komme til lægen.

Gevinsterne var der derimod flere af sygeplejerskerne, der oplevede virkede kunstigt for patienterne, og det var vigtigt at overveje, hvordan det blev formuleret for især de mandlige patienter. Ikonerne var gode at blive præsenteret for en enkelt gang, men blev sjældent anvendt igen. Stopsignalet blev dog hyppigere brugt til at understrege alvoren af samtalerne.

Lægerne

Lægerne har ikke direkte erfaringer med Sunddialog, så flere af dem mener ikke selv, at de kan sige noget særligt kvalificeret om dets effekt, mens de har mere at sige om, hvordan sygeplejerskerne har reageret, og hvordan det kan have betydning for deres praksis.

Alle lægerne har et meget positivt indtryk af Sunddialog og har været glade for at bruge det i deres praksis og vil fortsat gerne bruge det.

Det fremhæves, at det kræver motivationsmæssigt og mandskabsmæssigt overskud at anvende værktøjet i klinikkerne. Man kan derfor overveje om redskabet egner sig mindre godt til enkeltmandspraksisser.

Lægerne oplever generelt, at værktøjet og kurset, som sygeplejerskerne har deltaget i, har kunnet anvendes ud over de konkrete situationer, hvor værktøjet anvendes og dermed har givet et kvalitetsløft i klinikken. Desuden oplever nogle læger, at det er muligt at flytte noget af deres arbejde over til sygeplejerskerne, og at de har kunnet sende patienter videre til dem og et forløb med Sunddialog, når det var svært at identificere, hvad patienternes ”problem” egentlig var.

Lægerne har ikke haft problemer med at rekruttere patienter til pilotprojektet, men har kun i ringe grad indtryk af, hvordan det efterfølgende er gået med patienterne.

Det nævnes, at hvis man skal nå ud til flere praksisser, er det nødvendigt at have meget motiverede ”ildsjæle” til at introducere redskabet for lægepraksis, idet dette har haft stor betydning under pilotprojektet.

Der efterlyses undervisning og opfriskningskursus for lægerne.

Patienterne

Redskabet er blevet generelt godt modtaget af patienterne, og det fornemmes ikke, at brugen af it som led i samtalerne virker afskrækkende – tværtimod kan det øge motivationen for at indgå og fastholde et samtaleforløb.

Det er vigtigt, at patienternes første møde med redskabet er positivt og lettilgængeligt. Derfor er det også vigtigt, at teknikken fungerer uden problemer.

Det er naturligt, at der ved en pilotafprøvning vil være indledende tekniske problemer, men forløbet understreger, at det er vigtigt at sikre afprøvning i klinikken, inden det tages i brug som led i en større driftsafprøvning for ikke at skabe mistro blandt deltagende patienter. Endvidere bør hjemmefunktionen kvalitetssikres, og der bør evt. etableres en hotline, hvor patienter kan henvende sig, hvis der er problemer.

For at skabe en fortrolig tilgang til brugen af redskabet kan fx som led i driftsafprøvningen arbejdes med en udbygget introduktionsfolder, hvor der forklares nærmere om samtalerne og redskabet. Der kan overvejes en lille demo-cd i venteværelset eller, at folderen henviser til en hjemmeside med en demo. Dette kan kombineres med en generel markedsføring af forebyggelsessamtaler.

Patienterne har generelt en positiv opfattelse af redskabets rolle i samtalerne. Konceptet med kompas m.m. virker motiverende og efterlader tilsyneladende en højere forpligtelsesgrad i forhold til indsatser og mål for patienten. Redskabet er således med til at styrke effekten af samtalerne.

Det anføres dog, at det for nogle kan virke lidt stift og firkantet, og at opdatering af data bruger tid, som hellere ville være brugt til samtale. Dette taler for at afprøve muligheden for en lidt mindre struktureret brug af redskabet afhængig af den enkelte patient.

Hjemmebrugen af redskabet har i forsøget ikke fungeret tilstrækkeligt godt. Dels pga. tekniske problemer – dels fordi der måske er for få funktioner af relevans for patienterne. Der er fra patientside anført en række ønsker om udvidelse heraf.

Patienterne har generelt udtrykt nogen bekymring for, hvad der sker, når forløbet slutter. Hvis patienterne har adgang til redskabet og deres data efter den formelle afslutning, vil nogen formentlig kunne udnytte dette i ”efterperioden”, men det kan også overvejes at indlægge (eller flytte) en enkelt opfølgende samtale til fx et halvt år senere for at fastholde motivationen.

Patienterne har anført en række konkrete forslag/kommentarer knyttet til de enkelte elementer i redskabet. Fx efterlyses, at der indgår en form for dagbog, som kan benyttes mellem samtalemøderne, samt at redskabet anvendes til at registrere fysiske data som vægt m.m. for at se udviklingen i relation til mål.

Spørgeskemaer

CASA har modtaget en datafil i Excel med data fra et opstartsskema og et afslutningsskema, som deltagerne har udfyldt.

Antal personer (cases) i filen.....	55
Ingen relevante data	16
Udfyldte med opstartsdata	39
Udfyldte med afslutningsdata.....	26

Der var ikke relevante data for 16 ud af de 55 personer – svarende til ca. 30 %. Der er kun 26, der har besvaret afslutningsskemaet, mens 39 svarede på startskemaet. Der er altså 67 %, der har besvaret startskemaerne, og som

også har besvaret slutschemaerne. Desuden skal det nævnes, at der er 3, der i slutschemaerne har undladt at besvare en stor del af spørgsmålene. Sygeplejerskerne har oplyst, at 2 patienter aldrig rigtigt kom i gang, mens 8 patienter er faldet fra undervejs, og 1 holdt op pga. andre sygdomme.

Generelt om skemaerne

Størstedelen af spørgsmålene i spørgeskemaerne har lukkede svarkategorier og er 5-punkts ordinale skalaer (Likert-skala), hvor respondenterne skal sætte ”kryds”. Dette koncept virker tilsyneladende tilfredsstillende i langt de fleste spørgsmål, eftersom respondenterne har været i stand til at afgive realistiske svar. Hvis man skal bruge data til statistik, kan man foreslå, at svarmulighederne udformes, så de enkelte svarmuligheder bliver tillagt et tal.

Der er foretaget en teknisk gennemgang af de enkelte spørgsmål i spørgeskemaerne. I denne gennemgang er der lagt vægt på, om der er mange uoplyste besvarelser, fordi det kan være et tegn på, at respondenterne har svært ved at forstå spørgsmålet eller svarkategorierne.

Der er også set nærmere på svarfordelingerne på spørgsmålene, fordi svarfordelingerne kan være udtryk for dårlige spørgsmålsformuleringer eller dårlige svarkategorier. Svarfordelingerne skal i mange tilfælde være ”pæne” og have form af en normalfordeling. Det er især vigtigt, når man skal bruge spørgeskemaerne til at måle ændringer fra et starttidspunkt til et sluttidspunkt. Der skal være ”plads” til at måle ændringer i begge retninger.

Den tekniske gennemgang af spørgsmålene viser, at spørgeskemaet i det store og hele er velfungerende. Der er gennemgående få uoplyste, og det er udtryk for, at de fleste spørgsmålsformuleringer er vellykkede og forståelige. Langt de fleste spørgsmål har også ”pæne” svarfordelinger, og det er muligt at måle ændringer. I nogle tilfælde bør man dog ændre svarkategorierne lidt, så man får nogle bedre fordelinger.

I afslutningsskemaet blev der stillet et spørgsmål om, hvordan deltagerne vurderer, at Sunddialogforløbet har hjulpet dem på en lang række områder. De deltagere, der har udfyldt afslutningsskemaerne, er generelt positive overfor, at Sunddialog har hjulpet dem på en række områder. Det kvantitative grundlag er dog for lille til, at man på et statistisk forsvarligt grundlag kan udtale sig om egentlige effekter af deltagelse i projektet.

På baggrund af det foreliggende datagrundlag med spørgeskemaer, vil vi imidlertid tillade os at konkludere, at spørgeskemakonceptet i Sunddialog godt kan bruges til at dokumentere projektets indsats. Langt de fleste af spørgsmålene er blevet besvaret tilfredsstillende af deltagerne, og resultaterne tyder på, at deltagerne har haft et positivt udbytte af at deltage i projektet. Samtidig er der foreslået en række forbedringer af spørgsmålene,

som sandsynligvis kan gøre spørgeskemaerne endnu bedre til at dokumentere projektets indsats.

Konklusion

Patienter, sygeplejersker og læger har alle haft en positiv oplevelse af at benytte Sunddialog under pilotprojektet.

Anvendelighed af samtaleværktøjet

Brugervenligheden har været helt fin for både sygeplejersker og patienter. Både patienter og sygeplejersker er enige om, at samtaleværktøjet er anvendeligt til at skabe struktur og synliggørelse omkring samtalen med den fordel, at patienternes motivation øges. Værktøjet bevirker ligeledes, at samtalen kommer hele vejen rundt om patientens liv og ikke blot helbred, og at patienten i højere grad medinddrages end ved almindelige forebyggende samtaler således, at der opnås et mere ligeværdigt forhold mellem sygeplejerske og patient. Værktøjet kan bruges til alle grupper af patienter, der er motiveret til at tage imod tilbuddet.

Angående samtaleværktøjets første delelement om helbredstilstand var det både sygeplejerskernes og patienternes oplevelse, at der manglede mulighed for at indtaste flere ”hårde data”, fx omkring vægt, og at nogle af spørgsmålene omkring funktionsevne var svære at forholde sig til.

Kompasset havde en god visuel effekt, som var med til at gøre fokus tydeligt, og som også gjorde det tydeligt for patienterne, at de havde rykket sig under forløbet.

Handlingsplanen fungerede fint som en tjekliste, der ifølge sygeplejerskerne fik patienterne til at føle sig forpligtede. Patienterne havde dog ikke nemt ved selv at formulere nye opgaver.

Netværkskortet gjorde det for nogle sygeplejersker nemmere at komme ind på patienternes personlige relationer og var med til at skabe en mere helhedsorienteret tilgang til patienten. Nogle patienter mener, at det er et vigtigt aspekt at få med, mens andre syntes, at det var spild af tid.

At kunne se deres ressourcer bogstavelig talt vokse på skærmen, gav patienterne, ifølge sygeplejerskerne, stolthed og en ny oplevelse af, at det kunne være positivt at komme til lægen. Patienterne fremførte, at de havde svært ved at definere deres ressourcer i starten. Nogle syntes, at det blev brugt konstruktivt i samtalerne. Andre udtrykte, at de ikke har kunnet bruge det til noget, og at det er for meget at anvende det på alle fire felter (helbred, familie, arbejde og fritid), idet det er de samme ressourcer, der kommer frem.

Mens patienterne generelt havde en positiv holdning til gevinsterne, var der flere af sygeplejerskerne, der oplevede, at det virkede kunstigt især for de mandlige patienter.

Ikonerne var gode at blive præsenteret for en enkelt gang, men blev sjældent anvendt igen. Stopsignalet blev dog hyppigere brugt til at understrege alvoren af samtalerne. Alle har været tilfredse med at blive præsenteret for muligheden for at sige fra med henvisning til rullegardinet, hvis man kommer ind på følsomme emner, men ingen har oplevet, at det har været tilfældet.

Sygeplejerskernes oplevede værdi ved brugen af samtaleværktøjet

Alle sygeplejersker var enige om, at kurset, der gik forud for brugen af Sunddialog, var godt. Især sygeplejerskerne, der ikke havde så meget erfaring med forebyggende samtaler, var meget begejstrede for at lære nye spørgeteknikker. En sygeplejerske udtrykte, at der ikke er meget nyt at lære for en sygeplejerske med mere erfaring med forebyggende samtaler.

Værktøjet har tilføjet en struktur til den forebyggende samtale, som gør sygeplejerskens opgaver mere klare for hende. Synliggørelsen har ligeledes gjort det nemmere for nogle sygeplejersker at komme ind på mere følsomme emner, og det har været mere oplagt at forstå patientens helbred i et helhedsperspektiv, hvor også familie, arbejde og fritid inddrages.

Kurset og værktøjet har givet sygeplejerskerne et fagligt løft, bl.a. ved at lære bestemte spørgeteknikker og vigtigheden af at medinddrage patienten i beslutninger. Denne kompetenceudvikling kan de bruge i klinikken i øvrigt.

Patienternes oplevede værdi ved brugen af samtaleværktøjet

Redskabet er generelt godt modtaget af patienterne, og det fornemmes ikke, at brugen af it som led heri virker afskrækkende – tværtimod kan det øge motivationen for at indgå og gennemføre et samtaleforløb.

Patienterne har generelt en positiv opfattelse af redskabets rolle i samtalerne. Konceptet virker motiverende og efterlader tilsyneladende en højere forpligtelsesgrad i forhold til indsats og mål for patienten. Redskabet er således med til at styrke effekten af samtalerne.

Brugen af spørgeskemaer

Spørgeskemakonceptet i Sunddialog fungerer godt og kan bruges til at dokumentere projektets indsats. Langt de fleste af spørgsmålene er blevet besvaret tilfredsstillende af deltagerne. Der foreslås en række forbedringer af spørgsmålene for at styrke dokumentationen af indsatsen.

Har Sunddialog-forløbet hjulpet?

I afslutningsskemaet var deltagerne generelt positive overfor, at Sunddialog har hjulpet dem på en række områder. Analysen af spørgeskemaresultaterne tyder endvidere på, at deltagerne har haft et positivt udbytte af at deltage i projektet. Det kvantitative grundlag er dog for lille til, at man på et statistisk forsvarligt grundlag kan udtale sig om egentlige effekter af deltagelse i projektet.

Anbefalinger til driftsafprøvning

Det skal bemærkes, at firmaet bag Sunddialog selv har opsamlet input fra sygeplejerskerne undervejs, og at nogle af de efterfølgende anbefalinger allerede er indarbejdet i den nyeste version.

1. Motiverede ”ildsjæle” til formulering af projektet over for lægepraksisser har haft stor betydning for pilotprojektet. Det samme er udtrykt i forbindelse med sygeplejerskernes kursus. Det bør overvejes, hvordan dette videreføres, når projektet præsenteres for en større skare.
2. Det vil være fordelagtigt med afprøvning af samtaleværktøjet ved både enmands- og flermandspraksisser for at undersøge, om det mandskabsmæssigt er anbefalelsesværdigt at anvende værktøjet i enmandspraksis.
3. Man kan overveje, om det er hensigtsmæssigt at udbyde kurset til sygeplejerskerne i moduler, hvor mere erfarne inden for forebyggelses-samtaler blot kan nøjes med at lære at navigere i Sunddialog.
4. Det vil være hensigtsmæssigt, hvis de første samtaler – eller evt. test-afprøvning i klinikken – kan afholdes umiddelbart i forlængelse af kurset.
5. Man bør sikre afprøvning af samtaleværktøjet i klinikken, inden det tages i brug for ikke at skabe usikkerhed blandt sygeplejerskerne og mistro blandt deltagende patienter.
6. Det vil være fordelagtigt at afsætte tid til, at samtalerne kan finde sted med den frekvens, de er tiltænkt.
7. Der bør bibeholdes elasticitet i tiden til den enkelte samtale og muligheden for at slå samtaler sammen afhængig af den enkelte patients behov. Det bør ligeledes overvejes, hvordan opfølgning kan foregå på en individuel tilpasset måde, så patienternes motivation fastholdes.
8. Man bør afprøve muligheden for en lidt mindre struktureret brug af redskabet afhængig af den enkelte patient således, at det ikke er obligatorisk at gå alle elementer igennem.

9. Vedrørende selve redskabet og spørgeskema: Man bør kun spørge til funktionsevner, der er relevante for de fokusområder, der vælges.
10. En udvidelse af redskabet kan overvejes i form af oprettelse af en dagbog til patienterne, som kan benyttes mellem samtalemøderne samt muligheden for at registrere fysiske data som vægt m.m. for at se udviklingen i relation til mål.
11. Til kvalitetssikring af hjemmebrug af redskabet kan der etableres en hotline, hvor patienter kan henvende sig, hvis der er problemer. Man kan også overveje en mere grundig introduktion fra sygeplejerskens side over for patienten. Se desuden næste punkt.
12. Man kan overveje en demonstrationsvideo på en hjemmeside eller at udarbejde en demo-cd. Introduktionsfolderen bør i driftsafprøvningen være udgivet af fx Region Hovedstaden og anspore generelt til forebyggelsessamtaler og fortælle lidt mere om brugen af redskabet. Det kan eventuelt overvejes at formidle en oversigt over, hvilke læger der tilbyder brugen af redskabet. Dette kan give patienterne en idé om forløbet, og en hjemmeside kan endvidere opveje et behov for kursus og opfriskningskursus for lægerne.
13. I forbindelse med fortsat præsentation af redskabet til patienter, bør man overveje, om der skal tages hensyn til et kønsmæssigt aspekt. Mens kvinderne generelt er meget begejstrede for redskabet, er mændene mere skeptiske.
14. Spørgeskemaerne bør gennemgås grundigt. Nogle af spørgsmålene kan forbedres i forhold til spørgsmålsformulering og svarkategorier.

2 Interview med sygeplejersker

I samarbejde med Sunddialog og styregruppen blev der udarbejdet en semi-struktureret interviewguide. Alle fem sygeplejersker, der har deltaget i pilotprojektet, blev interviewet enkeltvis på deres arbejdsplads. To af sygeplejerskerne arbejder i den samme klinik. Alle interview var af ca. tre kvarter til en times varighed og blev optaget.

2.1 Umiddelbare meninger om Sunddialog

Alle fem sygeplejersker udtrykker sig meget positivt om Sunddialog. Værktøjet har givet en struktur på samtalerne og sat forløbet med patienterne i system til fordel for både patienter og sygeplejerske, har været meget nemt at gå til, har gjort samtalen visuel samt givet en ny måde at kommunikere med patienter på, som også kan bruges i andre sammenhænge. Flere af sygeplejerskerne taler om at kunne hjælpe patienten til selv at finde deres ressourcer og muligheder. Det har givet sygeplejerskerne spændende udfordringer, de kan se, at patienterne ”vokser”, og de udtrykker, at patienterne har været aktivt med og dermed mere medansvarlige for deres egen livsstilsændring.

2.2 Uddannelse og proces

Alle sygeplejersker var enige om, at det kursus, der gik forud for brugen af Sunddialog, i praksis var godt, med gode undervisere, der supplerede hinanden godt. En af sygeplejerskerne udtrykker endda, at kurset var ”genialt”, især den måde sygeplejerskerne blev coachet til at hjælpe patienter med at finde egne ressourcer. En anden havde både et stort personligt og fagligt udbytte af kurset. Flere udtrykker, at de fik gode spørgeteknikker med sig. Sygeplejerskerne var generelt meget fascinerede af spørgeteknikken, og en nævnte også, at det ville være spændende med en individuel coaching-time, som der ikke var råd til i første omgang. En enkelt af sygeplejerskerne syntes, at hun har så mange erfaringer med området i forvejen, at hun vidste det meste.

Alle sygeplejersker mener, at forløbet med Sunddialog har været rigtig godt, idet de altid har været tilgængelige og lyttet til forslag til rettelser og været hurtige til at føre dem ud i livet.

To af sygeplejerskerne mener, at der gik for lang tid mellem afslutning af kurset og første afprøvning i praksis. ”*Det sad under huden*” lige efter kurset. Ventetiden skyldtes, at systemet ikke var helt færdigt til afprøvning.

2.3 Teknik og brugervenlighed

Det tekniske aspekt af at bruge Sunddialog er ikke gennemgået i detaljer med sygeplejerskerne, da dette allerede er evalueret af Sunddialog i samarbejde med sygeplejerskerne, hvilket sygeplejerskerne selv nævner. En af sygeplejerskerne understreger, at hun *"jo ikke har prøvet forløbet med den nuværende forbedrede udgave"*.

Alle sygeplejersker fortæller, at for deres eget vedkommende var teknikken nem og brugervenligheden af programmet god og programmet enkelt og simpelt bygget op, da de var blevet fortrolige med teknikken, og de tekniske begyndervanskeligheder i programmet var blevet udbedret. Også selvom – som en nævner – at hun *"ikke er særlig edb-nørdet"*. De tekniske vanskeligheder var dog årsag til usikkerhed i starten. Men sygeplejerskerne nævnte, at det var både de selv og patienterne helt med på, idet de var klar over, hvad et pilotprojekt indebar.

Sygeplejerskernes forståelse af patienternes oplevelse af teknik og brugervenlighed var også generelt, at det var nemt at gå til. Men de nævner alle, at der ikke var mange, der brugte værktøjet aktivt hjemmefra. *"De har ikke lige fået det gjort"*, nævner en af sygeplejerskerne. En anden nævner, at patienterne har svært ved selv at formulere opgaver derhjemme og har brug for sygeplejersken til at hjælpe med dette. En tredje nævner, at nogle patienter skulle hjælpes lidt mere i gang til at bruge programmet derhjemme ved at vise dem det nogle gange. Hun fortæller også om et eksempel, hvor en kvinde hurtigt sagde fra, og nævner, at hun fornemmede, at patienten følte sig fremmed i forhold til at sidde ved skærmen. De fleste nævner dog det at sidde ved skærmen som et positivt aspekt, der gør samtalen visuel og patienterne medinddragede.

2.4 Omfang

Om varigheden af samtalerne fortæller de fleste, at det er fint med en ½ time til de første ca. tre samtaler. Resten kan fint kortes ned til 20 minutter. Alle er dog også enige om, at det er meget individuelt, og at det er godt med lidt elasticitet i varigheden af samtalerne. De fleste har slået samtale 1 og 2 sammen efter et stykke tid, fordi patienterne er så motiverede, når de kommer, at det er ærgerligt ikke at nå hen til at udarbejde en handlingsplan, som man gør ved anden samtale. En af sygeplejerskerne understreger dog, at *"hvis folk skal have tid til at beslutte fokus, skal man kun tage den første samtale. Her kræver det overblik fra sygeplejersken"*.

Antallet af samtaler er nogenlunde passende, men dette er ligesom med længden af samtalerne individuelt. En af sygeplejerskerne fortæller, at nogle patienter synes, at det er meget at komme syv gange, og at enkelte er faldet fra tidligt, fordi de ikke har tid til at komme ofte. Sygeplejersken mener

dog også, at det er en fordel med et fast antal samtaler, idet der opstår en deadline, som skaber et pres, og at *"det godt kan betale sig, at man har snor i patienterne"*, idet de kommer til at føle en forpligtelse. En af de andre sygeplejersker beskriver ligeledes:

"Det er også en god begrænsning, fordi man skal se resultater efter syv samtaler."

Sygeplejerskerne siger dog samstemmende, at der er brug for opfølgning på samtalerne, og mange har også lavet aftaler med patienterne om opfølgning. En af sygeplejerskerne fortæller fx, at

"nogle kan have brug for opfølgning efter fx 3 mdr., mens nogle patienter har brug for gentagne opfølgninger."

En anden mener, at det er for meget at blive ved, men at en til to opfølgende samtaler efter et stykke tid ville være fint.

Nogle af sygeplejerskerne fortæller, at der har været lidt for kort tid mellem samtalerne, idet de skulle nås til pilotprojektets deadline. En af dem fortæller:

"Jeg har afholdt de syv samtaler på fire måneder. Rigtigt skal der jo være længere tid imellem. Det er også nødvendigt."

Pilotprojektet er altså kørt hurtigere igennem, end det har været meningen. Dette skal dog ses i lyset af, at der i praksis er rekrutteret patienter i flere omgange, da det tog længere tid end ventet at få tilstrækkelig mange deltagere. Derfor er en række patienter startet så sent, at der har været mere pres på for at nå at få dem igennem.

2.5 Forskelle med og uden brug af samtaleværktøj

Herunder er tematiseret en række udtalelser, som relaterer sig til de forskelle, som sygeplejerskerne vurderer, at der er mellem at foretage almindelige forebyggende samtaler og at brug Sunddialog til samtalerne.

Tidsforbrug

Sygeplejerskerne vurderer generelt, at tidsforbruget forbundet med at afvikle forebyggende samtaler ved brug af Sunddialog betaler sig. En af sygeplejerskerne vurderer, at patienterne får meget mere ud af Sunddialog end andre forebyggelsessamtaler med et tilsvarende tidsforbrug, mens en af de andre sygeplejersker fortæller:

"Det andet [andre typer forebyggende samtaler] glider lidt ud ... der er større resultater med det her."

Visualisering

Flere af sygeplejerskerne nævner, at en af fordelene ved Sunddialog er det visuelle aspekt. En af sygeplejerskerne siger:

”Det er vigtigt, at det er visuelt. Systemet lister ressourcerne op – folk ser deres ressourcer og bliver stolte.”

En af de andre sygeplejersker er enig:

”Det er visuelt – man kan gå hjem og se de handlinger, man har besluttet sig for.”

Synliggørelsen er også en fordel for behandleren, idet der foruden helbredet også er fokus på:

”... fritid, arbejde og familieliv. Det synliggøres af Sunddialog. Det er en oplagt måde for behandler at komme ind på disse områder på. Områderne påvirker hinanden. Hvis der kommer balance i et område, så får du det i det andet – det kommer til gode andre steder. Det har ikke været tydeligt for mig i tidligere forebyggelsessamtaler at tænke over, hvordan områderne påvirker hinanden.”

Medinddragede og individuelt behandlet

Sunddialog lægger ifølge sygeplejerskerne mere op til medinddragelse og en individuel tilgang end andre forebyggende samtaler. En af sygeplejerskerne fortæller:

”At skrive i en journal kan slet ikke sammenlignes med at have et system med deres navn, og sådan ser deres netværk og ressourcer ud. Det er for mig, at du sidder og snakker. Det er ikke kost og vægt til ti patienter, der kunne sidde ved siden af hinanden. Fordi det en skal gøre, er ikke nødvendigvis det, en anden skal. Det er meget individuelt baseret, og det kan patienterne godt lide. Man går ind SÅ personligt på dem alle sammen. Og det er dem selv, der finder ressourcerne frem ... Det er ikke mig, der dikterer tingene mere. Og det er jo det, der virker.”

En af de andre sygeplejersker forklarer:

”Patienten bliver mere medinddraget. De bruger nettet derhjemme og skal selv tage initiativet. Det bliver mere konkret.”

Hun fortæller dog også, at de færreste bruger netadgangen derhjemme – *”de har ikke lige fået det gjort”*.

Medinddragelsen kan have betydning for resultatet – også på længere sigt:

”Det er de små succeser. Nogle når måske ikke de store mål, fx at blive røgfri, men sætter forbruget ned. Det er et mindre skridt, men de har selv bestemt det. De har fået en ny indgangsvinkel [til løsning af deres problemer] og de holder fast i de gode vaner.”

Helhedsorienteret tilgang

Sunddialog tilføjer en bredere tilgang til sundhed end flere af sygeplejerskerne er vant til at anvende ved andre forebyggende samtaler. En af dem siger:

”Man kommer lidt mere omkring” ... ”hvordan er du tilfreds med helbred, fritid, familie, arbejde”. At man spørger patienten: ”Hvordan går det egentlig?” Hvor man normalt [almindelige forebyggende samtaler] snakker om det syge og tallene.” Nu er dit kolesterol det og det”. Man kommer hele vejen rundt.”

Samme sygeplejerske fortæller også, at både det, at man kommer ind på det hele, men også måden, man gør det på, gør det nemmere for de patienter, som normalt ikke ville tage disse emner op hos lægen.

En af de andre sygeplejersker udspecificerer forskellen:

”Forskellen er, at med det her, er der også fokus på fritid, arbejde og familieliv.”... Områderne påvirker hinanden. Hvis der kommer balance i et område, kommer det til gode andre steder. Så kan man lave konkrete opgaver i de områder også.”

Udover at man kommer ind på andre områder i livet end helbred, fortæller sygeplejersken også, at man inden for helbredsområdet kommer lidt bredere omkring:

”Tidligere [ved almindelige forebyggende samtaler] var der mest fokus på vægt, men nu er det alle mulige ting.”

Struktur på samtalerne

De fleste af sygeplejerskerne fremhæver gentagne gange, at Sunddialog har givet dem et redskab til at strukturere den forebyggende samtale. En af sygeplejerskerne fortæller, at hun har lavet forebyggende samtaler før,

”... men det var grebet ud af luften. Jeg har givet lidt vejledning tidligere, men det har ikke været så struktureret.”

Hun havde haft et andet kursus om forebyggelse, men kunne ikke omsætte det til noget konkret. Det kunne hun med Sunddialog. Her var det nemmere med et program, sygeplejersken og patienten skulle igennem. En anden sygeplejerske fortæller, at ved tidligere forebyggende samtaler ville hun bare have nogle stikord, men nu har hun en struktur, og det er godt, og det er klart fra start af, hvad man skal fokusere på. Hun fortæller videre:

”Der er også et forløb, så man er sporet ind på nogle sundere forløb. Vi har en ramme, har en tjekliste. Fik du gjort det? Patienter siger, at det fik de faktisk gjort. Så vokser de. Og de føler sig forpligtede.”

Et eksempel herpå kan være den mandlige patient, som en af sygeplejerskerne fortæller om, som egentlig syntes, at det virkede lidt kunstigt med Sunddialog, men ”gjorde det han skulle”, og han har tabt 15 kg.

En af sygeplejerskerne forklarer også fordelene ved at have struktur:

”Det er fra start af klart, hvad vi skal fokusere på her.”

En tredje sygeplejerske fortæller også, at hun tidligere har lavet forebyggende samtaler i form af kostvejledning, men

”der har ikke været system for det før. Nu er det mere konkret. Okay, hvad er det, jeg skal.”

Værktøjet har altså været med til at gøre det mere tydeligt, hvad sygeplejerskens opgave indebærer. En enkelt af sygeplejerskerne, der har meget erfaring med forebyggelsessamtaler, fortæller, hvordan det i begyndelsen kunne være en ulempe med strukturen:

”I begyndelsen var det en ulempe, fordi jeg var så vant til, hvor jeg skulle tage fat, og hvad vi skulle snakke om. Det var lidt en hæmsko, at jeg absolut skulle strukturere efter det. Men det var kun i begyndelsen. Så kunne jeg godt begynde at kombinere det. Nu er det ikke en ulempe længere.”

Faglighed og kompetenceløft

En af sygeplejerskerne forklarer, hvordan det har været en positiv udfordring at bruge Sunddialog:

”Som sygeplejerske vil man gerne have svar på alt. Fagligt har det givet et løft med processen og måden, man spørger på... få patienter til at tænke på de gode ting. Det har givet ny inspiration. At følge patienten kontinuerligt giver en vis tilfredsstillelse.”

Konkret i forhold til Sunddialog-værktøjet, fortæller en sygeplejerske, at sygeplejerskens faglighed er vigtig til at hjælpe patienterne med at formulere opgaverne, som er en del af værktøjet. I et bredere perspektiv udtrykker flere af sygeplejerskerne, at de også har kunnet bruge spørgeteknikken, de har lært på kurset og tankegangen bag Sunddialog i deres øvrige opgaver i klinikken. En af dem fortæller, hvordan hun føler sig bedre rustet til at vejlede sukkersygepatienter, og at hun nu skal overtage lægens opgaver i den forbindelse, hvor hun tidligere kun har taget blodprøve mv.

En af sygeplejerskerne udtrykker sig generelt om tidligere erfaringer med forebyggende samtaler sammenlignet med Sunddialog:

”Det, der har været allerbedst for mig, det har været at se, at patienterne har lavet en livsstilsændring ud af det her. Jeg har arbejdet med mange af dem før med kost- og vægtændringer, hvor man skal ind og lave om, men det, der nok er gået op for mig og for patienterne, det er, at det kræver, at man bryder med nogle rigtig gamle vaner – og får man brudt op med de vaner, så har man jo lavet en livsstilsændring – og det var jo, det systemet gerne ville, det var det, projektet gerne skulle gå ud på. Det har virkelig ændret noget. Det batter at finde folks ressourcer og netværk.”

Hun fortæller også om en patient, som sagde:

””Th, hvad du har gjort for mig!” – men det er ikke mig. Det må være systemet, der formidler det på en god måde. Men i samspil med sygeplejersken – man kan ikke bare sætte patienten foran skærmen.”

Redskab til patienter, der er gået i stå

En af sygeplejerskerne fortæller, at hvis lægen ikke ved, hvad han skal gøre med patienten, sender han dem nogle gange videre til hende og foreslår at bruge Sunddialog. Hun har også selv oplevet at bruge værktøjet, når andet ikke virkede:

”Jeg har brugt det [Sunddialog] til patienter, som jeg havde til almindelig forebyggende samtaler, som var gået lidt i stå. Hvor jeg har tænkt – aarrhh, vi når ikke rigtigt videre her. Patienterne skal selv tage beslutningerne, og de kan være svære at nå. Så har jeg prøvet at tage fat. Med nogle af dem, er det lykkedes. Kombineret med at kende patienterne godt. Man skal tage små skridt.”

Taler om andre ting

Mens det er tydeligt, at sygeplejerskerne mener, at man kommer meget længere omkring emnemæssigt, når de anvender Sunddialog, lader det til at være individuelt, om Sunddialog bevirker, at det er nemmere at komme ind på nogle emner. En af sygeplejerskerne nævner, at stort set alt har været nemmere at snakke om ved at bruge Sunddialog, fordi der har været et program, man skulle igennem, mens en anden fortæller:

” ... Også med netværkskortet, der virkede det godt. Det kan godt være svært at komme ind på det ellers. Så går man lidt tæt på. Hvis de fx er lidt ensomme. Man skal være lidt forsigtig.”

En tredje sygeplejersker fortæller dog, at hun har så meget erfaring, at der ikke er ting, patienterne kan tale om, som hun ikke ellers ville kunne få frem.

Et værktøj der passer til alle patienter?

Alle sygeplejersker fortæller om meget positive tilbagemeldinger fra patienterne, ligesom de har hørt det via lægerne, der også har fortalt om patienter, som har tabt sig. Men de fortæller også alle om nogle enkelte frafald. Sygeplejerskerne forklarer det med, at nogle ikke havde tid, en følte sig måske fremmed ved skærmen eller havde på anden måde andre forventninger, andre havde ikke overskud, fordi de var pressede arbejdsmæssigt, eller fordi de fik en forværring af deres sygdom under forløbet. De fleste lægger dog vægt på, at de opfatter, at frafaldene primært skyldes manglende motivation, og at det ikke har noget med Sunddialog at gøre. En af sygeplejerskerne fortæller i forbindelse hermed også, at hun mener, værktøjet egner sig til alle:

”Det har ikke været en bestemt gruppe, som har syntes, at det har været godt. Jeg har haft en taxachauffør, en på efterløn og en, der har

gået hjemme. Man skal ikke være i en bestemt kategori for at kunne passe ind. Både uuddannede og uddannede. Det handler mere om motivation, om at ville nogle forandringer i sit liv. Så er det lige meget, om man er ung og veluddannet eller måske måske knap så veluddannet. Det rammer bredt, hvis man vil det.”

Et værktøj der passer til alle klinikker?

En af sygeplejerskerne kommer ind på, at pilotprojektets forløb har medført, at noget andet har måttet vente lidt, men at det har fundet et leje, så det ikke er så overvældende længere. Hun understreger også, at brugen af Sunddialog kræver, at der er personale, der gider lave det. Flere af sygeplejerskerne fortæller om opgaver, der til dels overføres fra lægerne til sygeplejerskerne, men ellers udtrykker sygeplejerskerne generelt, at brugen af værktøjet i ringe grad har påvirket andre forhold i klinikken.

2.6 Delelementernes anvendelighed

Sygeplejerskerne udtrykte generelt, at de kommentarer, de har haft til, hvilke elementer af programmet der virkede og ikke virkede, allerede var afgivet til evalueringsmøde med Sunddialog.

Der er udbredt tilfredshed med måden, programmet er bygget op på og de forskellige delelementer af programmet blandt sygeplejerskerne.

Helbredstilstand

Der var flere, der kommenterede, at elementet helbredstilstand manglede muligheden for at indtaste flere ”hårde data”, og at nogle af spørgsmålene om funktionsevne var lidt svære at forholde sig til, men at dette allerede er rettet.

Kompas

Flere af sygeplejerskerne nævner, at kompasset virker godt. En af sygeplejerskerne fortæller, at det fungerer godt at se den ved syvende samtale, idet patienterne ikke har set det siden første samtale, så de kan se, at der er sket noget. En af de andre sygeplejersker fortæller også:

”Kompasset til afsluttende samtale er jo interessant – det batter noget at have rykket sig. På alle de områder, de gerne vil. Det er stort. Det gør jo også, at de gerne vil mødes igen. For det rykker jo. Så det er nok det med, at de ser det visuelt. Det, tror jeg, er rigtig godt.”

Mens de fleste af sygeplejerskerne understreger, at det virker godt at inddrage andre aspekter af livet end helbredet via kompasset, har en af sygeplejerskerne ikke brugt de øvrige områder (familie, fritid og arbejde) særlig meget. Hun siger: *”De andre områder [end helbred] vil mange ikke arbejde med.”* Men hun uddyber så, at det ofte er, når de er mere utilfredse med helbredselementet end de andre. *”Fx hvis familien lå på 8 [ud af 10], var de*

måske ikke interesseret i at få den højere op". Men hun synes ikke, at disse elementer af kompasset kan undværes, hvis der nu skulle vise sig at være noget at tage fat i.

Handlingsplan

Elementet med handlingsplan virker generelt godt. Nogle af sygeplejerskerne fortæller, at det virker positivt at have en tjekliste, som sygeplejerskerne kan følge med i, og som patienterne føler sig forpligtede af. Patienterne har ifølge sygeplejerskerne dog ikke nemt ved selv at formulere opgaver hjemmefra, som de har mulighed for, men må have sygeplejerskernes hjælp.

Netværk

Flere af sygeplejerskerne fremhæver, at netværket har virket godt, både fordi det kan være svært at komme ind på, da det for nogle er et følsomt område, men også fordi man ikke har talt så konkret om det ved almindelige forbyggende samtaler.

Ressourcer

At se ressourcerne vokse på skærmen oplever patienterne, ifølge sygeplejerskerne, som fantastisk. De bliver stolte. En af sygeplejerskerne fortæller, hvordan dette element er med til at fastholde patienterne og til at give patienterne en anden oplevelse af at komme til lægen:

"Patienterne kan se, at "ressourcerne vokser" på skærmen, når de bruger dem meget. Så vokser patienterne. De får meget ros, og det er de ikke vant til hos lægen. Vi gør noget ved tingene og hjælper dem på vej. Det er sort på hvidt. Og det forpligter. Der er et forløb."

Gevinster

To af sygeplejerskerne nævner, at nogle af patienterne har sværere ved at bruge delelementet "gevinster" end de andre delelementer. En af sygeplejerskerne fortæller, at brugen af "gevinster" virker mere kunstigt end brugen af "ressourcer". En anden af sygeplejerskerne fortæller:

"Noget har været sværere at arbejde med end andet. Det, der har ramt mig mest... en ting er at vænne sig til, at man skal finde ud af, hvilke ressourcer vi har som mennesker – det er vi nok dårlige til som mennesker – men det er jo så lidt at få det synliggjort for patienterne, så synes de egentlig, at det er meget godt. Men når man så skal til gevinsterne også, så knækker filmen lidt, måske specielt for mændene. Nu er det nok det der. Skal jeg nu også til at give mig selv gevinster. Det er lige økologisk nok for nogle af mændene. Men det er to ud af ti mænd. Kvinderne vil gerne have den ros. Mændene skulle lige vænne sig til det. Men så bliver de jo alligevel glade, når de ser gevinsterne. Så batter det lidt. Så ser de, at de jo alligevel bliver sundere. Så bliver de alligevel positive over for det."

I forlængelse heraf fortæller sygeplejersken, at dette er blevet nemmere efter evalueringen med Sunddialog. Hun har fået vejledning til at præsentere

det på en anden måde og understreger, at man virkelig skal tænke sig om, hvordan man får formuleret tingene.

Ikoner

Generelt mener sygeplejerskerne, at ikonerne er gode, men de fleste har sjældent brugt dem. Tre af sygeplejerskerne, som næsten ikke har brugt dem, synes dog, at det virker fint, at de ”popper” frem en gang. Omvendt er der to af sygeplejerskerne, der har brugt en del at klikke på stopsignalet. Det hjælper til at understrege, *”hvornår det er alvor. Det er ikke kun hyggesnak”*.

3 Interview med læger

I samarbejde med Sunddialog og styregruppen blev der udarbejdet en semi-struktureret interviewguide til de fire læger. Der blev afholdt telefoninterview med tre af lægerne og et enkelt interview med en af lægerne på hans arbejdsplads. At den ene læge blev interviewet på sin arbejdsplads var tilfældigt og skyldtes, at interviewerens var på klinikken for at interviewe en sygeplejerske, lige inden telefoninterviewet skulle have fundet sted.

Varigheden af interviewene var meget forskellig, fra ca. 15 til 45 minutter, idet lægerne gav udtryk for at have mere eller mindre indtryk af Sunddialog.

De tre af lægerne er alle introduceret til Sunddialog gennem kollegialt bekendtskab med den fjerde læge, som har været med til at udvikle redskabet.

3.1 Umiddelbare indtryk af Sunddialog

Lægerne har ikke direkte erfaringer med Sunddialog, så flere af dem mener ikke selv, at de kan sige noget særligt kvalificeret om dets effekt, mens de har mere at sige om, hvordan sygeplejerskerne har reageret, og hvordan det kan have betydning for deres praksis.

Alle lægerne har et meget positivt indtryk af Sunddialog og har været glade for at bruge det i deres praksis og vil fortsat gerne bruge det.

Lægernes umiddelbare indtryk af Sunddialog er, at det er en god idé, fordi det er interaktivt og en god måde at få folk til at fokusere på egen sundhed på, at Sunddialog systematiserer de forebyggende samtaler, og at der blandt sygeplejerskerne er stor tilfredshed med det konkrete indhold i de samtalerne, som redskabet lægger op til.

3.2 Hvilke klinikker kan bruge redskabet?

To af lægerne fremhæver, at redskabet vil virke bedst i lægeklinikker, som har motivationsmæssigt eller mandskabsmæssigt overskud. Det vil sige i form af motivation for at prøve at kommunikere anderledes med patienterne, end man er vant til. Det kan også være i form af mandskab, idet enkeltmandspraksisser nok vil have sværere ved at få det til at passe ind med de øvrige sygeplejerskeopgaver.

3.3 Sygeplejerskerne: Meningsfyldt og fagligt løft

Alle lægerne oplever meget positive tilbagemeldinger fra sygeplejerskerne både om deltagelse og om brugen af værktøjet.

To af lægerne nævner den personlige gevinst, som de oplever, deres sygeplejersker har haft. Sunddialog har været en ny og spændende opgave, som har været meningsfyldt for sygeplejerskerne. En nævner også, at det har givet mere fokus på reelle sygeplejerskeopgaver, idet sygeplejersken brugte lidt mindre tid på administrative serviceopgaver i forkontoret uden, at det gav problemer.

Uddannelsesmæssigt har det også været en gevinst for sygeplejerskerne. En af lægerne nævner, at sygeplejerskerne har fået en uddannelse, som de kan bruge også uden ”edb-setuppet”. De har lært en kognitiv, dvs. vedrørende det bevidste erkendelsesmæssige, tilgang og dermed en ny måde at kommunikere med patienterne på, som de kan drage fordel af. Desuden har de til lægen udtrykt stor tilfredshed med det konkrete indhold i samtalerne.

3.4 Effekt af forebyggende samtaler med og uden brug af Sunddialog

Lægerne er tilbageholdende med at vurdere effekten af redskabet sammenlignet med almindelige forebyggende samtaler, da de kun kan basere det på få indtryk fra sygeplejerskerne og de få tilbagemeldinger fra patienterne.

Kvalitet

To af lægerne fortæller, hvordan redskabet falder inden for klinikkens formålsramme om øget kvalitet af indholdet i samtalerne og et ønske om en oprustning af sygeplejerskernes kompetencer. En af lægerne nævner specifikt: *”Det er det, vi gerne vil på sigt med de forebyggende samtaler. Vi vil gerne have dem systematiseret og sygeplejerskerne oplært. Så det er en kærkommen lejlighed.”* Den anden læge mener, at Sunddialog har højnet kvaliteten for patienterne, som også har givet lægen positive tilbagemeldinger, når de har været til kontrol hos lægen. Lægerne nævner også, at værktøjet og kurset kan bruges på mange forskellige områder i praksissen – også når man ikke bruger selve Sunddialog – og på den måde i øvrigt komme klinikken til gode.

Omfang

En læge mener også, at tidsperspektivet i forbindelse med brug af Sunddialog er en god idé. Det giver mulighed for fordybelse og er konkret.

Ejerskab

En af lægerne mener, at patienten bliver mere aktiveret med Sunddialog, og at dette har en værdi i sig selv: *”Alt andet lige er det jo godt. Patienten bli-*

ver mere en del af det – får ejerskab.” Samme læge fortæller også om fornemmelsen af en bedre respons fra patienterne, og at flere holder fast og synes, det er interessant.

3.5 Økonomiske overvejelser

De økonomiske fordele og ulemper ved at anvende Sunddialog er meget situationsafhængige. Overvejelserne går primært på, hvad det er, sygeplejerskernes tid bliver taget fra. En af lægerne mener, at det udgør en meromsætning, idet sygeplejersken er i klinikken i det samme antal timer og tager tiden fra serviceopgaver, som kan reduceres uden problemer. En anden læge påpeger også, at ordningen bliver billigere, da lægen står for færre forebyggende samtaler.

Det er fremført, at de første samtaler er lige lange nok til at kunne honoreres i almen praksis. Men tiden opfattes som godt givet ud, idet *”qua det varer længere og er systematiseret, virker det mere motiverende for patienten”*. Men uanset om Sunddialog har været en økonomisk fordel eller ej i praksisserne, udtrykker lægerne generelt, at det er ressourcer, som de gerne vil give ud, idet det opfattes som et kvalitetsløft i praksis, mens også fordi tidsperspektivet er vigtigt – *”at ændre livsstil tager tid”*.

3.6 Rekruttering af patienter

Alle lægerne har været med til rekruttering af patienterne, og alle mener, at det har været nemt at rekruttere patienterne. Lægerne har fået meget få eller slet ingen tilbagemeldinger fra patienterne, idet de pga. forløbets periode ofte ikke har mødt patienten til konsultation, siden patienten er begyndt på forløbet. De tilbagemeldinger, der har været, har dog været positive.

En af lægerne påpeger dog, at der er nogle, der slet ikke kan håndtere at gå ind i et forebyggende forløb – *”folk som i virkeligheden ikke er interesserede i at høre om forebyggelse. Der er nogle, der siger, at de er interesserede, men har ikke overskud og falder fra”*.

3.7 Påvirkning af andre forhold i klinikken

Bortset fra den første introduktion af Sunddialog bemærker lægerne i ringe omfang en ændring af deres eget arbejde eller andre forhold i klinikken som følge af brugen af værktøjet. En af lægerne nævner dog, at det har reduceret andelen af forebyggende samtaler, som lægerne står for, mens en af de andre læger nævner, at de ikke har anvendt forebyggende samtaler tidligere, og at det først er blevet introduceret med Sunddialog. Det har altså givet anledning til at fokusere mere på forebyggelse i klinikken.

Det har også virket som en løsning at sende patienterne ud at tale med sygeplejerskerne om eventuel deltagelse i Sunddialog, når det har været svært at identificere, hvad patientens ”egentlige” problem har været, og der derfor har været brug for at få mere struktur omkring patientens forløb.

3.8 Lægernes ideer til fortsat udbredelse af Sunddialog

En af lægerne nævner, at det har haft stor betydning, at der har stået ”ildsjæle” bag Sunddialog-projektet til at formulere det over for sygeplejerskerne. Det nævnes, at hvis man skal nå ud til flere praksisser, er det nødvendigt at have *”meget motiverede ildsjæle til at formulere det. Man kan ikke sætte tilfældige til at sælge det ud fra en folder”*.

En anden læge nævner, at det kunne være en idé at lære lægerne mere op i programmet, og at det ville være meget rart at have lidt mere kendskab til det. Lægen efterlyser også et opfriskningskursus for at blive mindet om, *”hvad var det nu lige, det var”* og få at *”få føling med, hvad der foregår”*.

4 Fokusgruppemøde med patienter

Der er afholdt et fokusgruppemøde med 6 patienter, som har været involveret i pilotforsøget med Sunddialog. Patienterne dækkede de 4 involverede lægeklinikker og bestod af 3 mænd og 3 kvinder.

Deltagerne blev fundet ved, at CASA udarbejdede et brev, som organisationen bag Sunddialog sendte personligt til de 50 patienter, som samlet har været involveret i pilotforsøget. I brevet blev patienterne informeret om tilbuddet om at deltage i fokusgruppemødet, hvad formålet med og formen for mødet var – samt opfordret til at henvende sig til CASA, såfremt de var interesserede. Endvidere blev de tilbudt en gavecheck på kr. 200 for deltagelsen. 7 patienter henvendte sig til CASA, og af disse deltog de 6 i fokusgruppemødet.

Det skal bemærkes, at selvom fokus for evalueringen er nytteværdien af selve redskabet, indgår der i evalueringen ikke mulighed for at sammenligne nytteværdien af forebyggelsessamtaler med og uden redskabet. Den nedestående opsamling på fokusgruppemødet skal derfor også ses i lyset heraf, idet deltagerne ikke har noget sammenligningsgrundlag og langt hen ad vejen forholder sig til det samlede koncept med kombinationen af samtaler og redskab, selvom vi under mødet har forsøgt at sætte fokus på redskabets betydning.

Som indledning blev deltagerne spurgt, i hvilket omfang deres deltagelse havde været til nytte for dem selv, og hvorledes de vurderede nytteværdien af konceptet for andre (skala fra 1-10, hvor 1 er ingen nytteværdi, og 10 er maksimal nytteværdi).

Patient	1	2	3	4	5	6	Gennemsnit
Egen nytteværdi	9	6-7	8	9	8	5-6	7,7
Nytteværdi for andre	9	6	8	7	8	7	7,5

Svarene tolkes således, at der er en helt overvejende positiv holdning til konceptet. Det skal bemærkes, at patient 2 og 6 begge er mænd, og selvom dette på ingen måde er statistisk underbygget, var der en generel tendens til, at kvinderne gav udtryk for en større positiv holdning end mændene.

4.1 Det første møde med redskabet

Patientens første møde med redskabet kan have betydning for dennes opfattelse af, om det er brugbart i forhold til ens situation – og dermed det umiddelbare samspil mellem patient, sygeplejerske og redskabet.

En række deltagere havde oplevet, at sygeplejersken havde tekniske problemer med redskabet, da det skulle benyttes – især første gang. Det gav for nogle en blandet oplevelse af redskabet. Disse indledende tekniske problemer blev dog hurtigt afklaret, så redskabet fungerede o.k. ved de efterfølgende samtaler.

To deltagere anførte, at de havde store problemer med at koble op hjemmefra, og den ene valgte helt at undlade at bruge redskabet som følge heraf.

Deltagernes umiddelbare opfattelse af redskabet og konceptet var meget blandede.

Nogle blev grebet af dialogkonceptet og syntes, at det umiddelbart virkede positivt, og at redskabet gav basis for at tænke over de emner, som redskabet styrer igennem.

Andre indtog en mere skeptisk holdning, idet det blev opfattet som lidt kunstigt og firkantet, at dialogen blev styret på denne måde. Man skulle således forholde sig til problemstillinger, som ikke anses som relevante for en selv. Det blev påpeget, at det var godt at få at vide, at man kunne sige fra undervejs, men ingen har i praksis oplevet, at spørgsmålene gik for tæt på eller har udnyttet muligheden for ikke at få registreret følsomme data.

Generelt gav deltagerne udtryk for, at det at introducere it som redskab i en forebyggelsessamtale ikke er noget problem og ikke virker afskrækkende. *"Alle er vant til it"*.

Det blev understreget, at det er rart at kunne springe frem og tilbage i redskabet.

4.2 Forløbet af dialogmøderne

Redskabets rolle i samtalerne opfattes generelt positivt: *"Det er et godt styreredskab som strukturerer samtalen", "Det øger motivationen, fordi du laver nogle aftaler med dig selv", "Det er godt at have aftaler", "Kompasset giver dig mulighed for at prioritere, hvor du skal gøre en indsats.", "Det var rart at få tid til at spekulere."*

En deltager efterlyser, at der er mere tid til selve samtalen, idet der nogle gange bliver brugt for meget tid til at opdatere skemaerne.

En deltager fremhæver, at vedkommende gerne vil gennemføre forebyggelsessamtaler, men ikke har set redskabet som et konstruktivt element, og mener, at det måske er personafhængigt, om man skal *"det hele igennem"*.

Flere deltagere anførte, at nytteværdien af redskabet også er afhængig af sygeplejerskens evne til at udnytte det. Det er CASA's vurdering ud fra fokusgruppemødet, at sygeplejerskerne har været gode til at benytte redskabet som tiltænkt. Der er dog givet udtryk for, at de mangler lidt træning i at bruge redskabet.

Redskabet kan også benyttes hjemmefra, hvor deltagerne kan se, hvad der ligger indtastet i redskabet fx af aftaler, som de har indgået. Dette aspekt har ikke fungeret helt som tilsigtet i pilotforsøget. En deltager opgav efter 3 forsøg på at koble op, hvilket generelt demotiverede dennes engagement i forsøget, og en anden deltager havde stadig tekniske problemer med at koble op hjemmefra. Andre har ikke benyttet sig af muligheden, da behovet ikke var der.

En enkelt gav udtryk for, at det havde været konstruktivt at kunne gå ind på systemet hjemmefra, og generelt var holdningen, at det var en god funktion, men der nok skulle kobles flere funktioner på.

Der var i kredsen et generelt ønske om, at redskabet kunne huske en på de aftaler, man har lavet.

Hvad angår nytteværdien, påpeges det, at det er selve samtalerne, der har haft mest betydning og er det vigtigste, men redskabet er med til at styrke samtalerne og synliggøre, hvor langt man er kommet i egen indsats, og det fremmer motivationen. Det påpeges ligeledes, at det er rart at kunne se, hvilke aftaler man har lavet og fremskridtene heri.

4.3 Om forløbet som sådant

Konceptet er baseret på 7 samtaler fordelt over 6 måneder.

Det blev anført, at det er vigtigt med en sådan forebyggende indsats, og at selve tilbuddet er godt, da det er gratis for patienterne.

Generelt er det deltagernes opfattelse, at der ikke må være færre samtaler, samt at rytmen i samtalerne har været god. Redskabet opleves som forpligtigende, og det virker ligeværdigt, når en sygeplejerske er samtalepartner.

Deltagerne gav generelt udtryk for, at man er bange for at miste motivationen, når forløbet er slut. *"Det er overgangen, der er svær – der hvor man skal til selv at tage initiativ"*.

Der efterlyses en form for opsamling 3, 6 eller 12 måneder senere. Selvom der er mulighed for at indgå en aftale herom, har dette ikke samme styrke, som hvis det er en formel del af forløbet. *"Jeg har brug for at blive holdt i*

ørerne”, ”Når det her stopper, hvad så?, Jeg har god brug af at skulle møde op”.

En deltager påpeger, at vedkommende vil bruge programmet efter den formelle afslutning og arbejde videre hjemmefra med inddragelse af familien.

4.4 Kommentarer til konkrete dele i redskabet

Fokusgruppemødet blev afsluttet med en konkret gennemgang af redskabet, og hvor deltagerne blev opfordret til at komme med kommentarer og forslag.

Deltagerne fremførte to forslag, som der var bred opbakning til:

- Det ville være fint, hvis der kunne indlægges en form for dagbog til hjemmebrug, og som kan benyttes – mellem møderne – til at følge op på aftalerne og til evaluering af en selv hen ad vejen – og som sygeplejersken kunne følge med i.
- Der blev efterlyst, at redskabet kan registrere fysiske ting som fx vægt m.m., så man i et skema kan se, hvor langt man er i forhold til et givet mål.

I det følgende refereres en række kommentarer til udvalgte dele af redskabet.

Spørgsmål vedrørende funktionsevner

Fremførte kommentarer:

- Det er lidt svært at svare på disse spørgsmål – mange af ens grænser kender man ikke selv.
- For mig er der en del forskel mellem hverdag og weekend – spørgsmålene tager ikke højde for sådanne udsving.

- En deltager er usikker på, hvad disse data egentlig bruges til – andre opfatter det som oplæg til at tænke over det og til at vurdere egen udvikling.
- Måske kunne sådanne spørgsmål udleveres på forhånd, så man ikke skal bruge så megen tid til overvejelse under samtalen – men det er fint nok at det gennemgås sammen.
- En reel måling på kondicykel eller løbebånd ville give mere mening. Før/efter tal på denne måde giver ikke et sandt billede.

Der blev generelt givet udtryk for, at der kunne være en bedre sammenhæng mellem, hvilke funktionsevner man spørges om, og de fokusområder, som man vælger. Således at man kun spørges til funktionsevner, der er relevante for de fokusområder, der vælges (jf. nedenfor).

Valg af fokusområder

Fremførte kommentarer:

- At skulle holde sig til 2-4 kryds er et o.k. antal.

Valg af graduering og mål



Fremførte kommentarer:

- Det er svært at sætte tal på i starten
- Men det sætter fokus på tingene. Cirklerne er meget illustrative.

Generelt gav deltagerne udtryk for, at denne måde at illustrere problemstillinger og mål er meget pædagogisk og let at forstå.

Valg af ressourcepersoner



Fremførte kommentarer:

- Det er et meget vigtigt aspekt at få med.
- Det er godt at sætte lidt navne på.
- Det er lidt spild af tid. Blev kun udfyldt, fordi programmet kræver det. Reelt involverer man ikke venner og familie og siger, at man skal bruge dem. Derfor bør det gøres frivilligt at udfylde.

Valg af egne ressourcer



Fremførte kommentarer:

- Det er i starten svært at definere, hvordan man selv er, og hvilke ressourcer man har. Man bliver bedre hen gennem forløbet til at se, hvilke ressourcer det er, man bruger.
- Det bliver brugt konstruktivt i samtalerne.
- Dette med egne ressourcer har jeg ikke kunnet bruge til noget. Det giver ikke mening. Det er for meget at køre den igennem for alle 4 felter. Det er i stor udstrækning de samme ressourcer, man bruger i alle felter.

Fokus på gevinster

Område	Opgave	Gevinster
Helbred-Stress	snakke med kolleger	Bedre nattesøvn Glæde

Fremførte kommentarer:

- Generelt er der en positiv holdning til, at der er fokus på gevinsterne. En enkelt anførte, at det virkede lidt overflødig – ”jeg ved det godt selv”.

5 Spørgeskemaer til Sunddialog

5.1 Antal spørgeskemaer

CASA har modtaget en datafil i Excel med data fra et opstartsskema og et afslutningsskema, som deltagerne har udfyldt.

Antal personer (cases) i filen.....	55
Ingen relevante data	16
Udfyldte med opstartsdata	39
Udfyldte med afslutningsdata.....	26

Der var ikke relevante data for 16 ud af de 55 personer – svarende til ca. 30 %. De har muligvis ikke kunnet udfylde skemaet eller er ikke rigtig startet i projektet. Der er kun 26, der har besvaret afslutningsskemaet, mens 39 svarede på startskemaet. Der er altså 67 % af personerne, der har besvaret startskemaerne, som også har besvaret slutskemaet. Desuden skal det nævnes, at der er 3 personer, som i besvarelse af slutskemaerne har undladt at besvare en stor del af spørgsmålene. Sygeplejerskerne har oplyst at 2 patienter aldrig rigtig kom i gang, mens 8 patienter er faldet fra undervejs, og 1 holdt op p. gr. af andre sygdomme.

5.2 Tekniske kommentarer

Størstedelen af spørgsmålene i spørgeskemaerne har lukkede svarkategorier og er 5-punkts ordinale skalaer (Likert-skala), hvor respondenterne skal sætte ”kryds”. Dette koncept virker tilsyneladende tilfredsstillende i langt de fleste spørgsmål, eftersom respondenterne har været i stand til at afgive realistiske svar. Hvis man skal bruge data til statistik, kan man foreslå, at svarmulighederne udformes, så de enkelte svarmuligheder bliver tillagt et tal.

Der er foretaget en teknisk gennemgang af de enkelte spørgsmål i spørgeskemaerne. I denne gennemgang er der lagt vægt på, om der er mange uoplyste besvarelser, fordi det kan være et tegn på, at respondenterne har svært ved at forstå spørgsmålet eller svarkategorierne.

Der er også set nærmere på svarfordelingerne på spørgsmålene, fordi svarfordelingerne kan være udtryk for dårlige spørgsmålsformuleringer eller dårlige svarkategorier. Svarfordelingerne skal i mange tilfælde være ”pæne” og have form af en normalfordeling. Det er især vigtigt, når man skal bruge spørgeskemaerne til at måle ændringer fra et starttidspunkt til et sluttidspunkt. Der skal være ”plads” til at måle ændringer i begge retninger.

Den tekniske gennemgang af spørgsmålene viser, at spørgeskemaet i det store og hele er velfungerende. Der er gennemgående få uoplyste, og det er udtryk for, at de fleste spørgsmålsformuleringer er vellykkede og forståelige. Langt de fleste spørgsmål har også ”pæne” svarfordelinger, og det er muligt at måle ændringer. I nogle tilfælde bør man dog ændre svarkategorierne lidt, så man får nogle bedre fordelinger.

Bilag 1 indeholder en detaljeret gennemgang af spørgsmålene.

5.3 Resultaterne

I dette afsnit nævnes i korthed nogle af hovedresultaterne fra en analyse af spørgeskemaerne.

Forventninger

Deltagerne havde meget varierede forventninger til at være med i Sunddialog, men langt de fleste havde, som forventet, positive forventninger, bl.a. til at ændre livsstil, især i fritiden og i familien, men knap så meget i familien og på arbejdet.

Motivation

Næsten alle deltagerne var motiveret, før de mødtes med sygeplejersken, og en større del fik forbedret denne motivation i løbet af projektet. En del deltagere var skeptiske overfor, om de kunne ændre deres livsstil, men i løbet af projektet kom de fleste til at tro på, at de kunne. Så alt i alt blev deltagerne motivation forøget i løbet af projektet.

Opfattelse af behandleren

Der er meget delte meninger om, hvor godt deltagerne føler sig informeret af behandleren. Der er en stor gruppe, som følte sig godt informeret, men også en stor gruppe, som slet ikke følte sig informeret. I løbet af projektet blev en ret stor gruppe dog bedre informeret.

Deltagerne havde generelt større forventninger til sygeplejerskernes støtte end til lægernes. I løbet af projektet voksede forventningerne til sygeplejerskerne, mens en relativ stor gruppe blev skuffet over lægernes støtte. I øvrigt var der næsten ingen deltagere, der var bekymrede over at skulle deltage i projektet.

Deltagerne opfattelse af helbred og sundhed

Deltagerne havde en meget nuanceret opfattelse af deres eget helbred, men i løbet af projektet fik de et mere og mere positivt billede af deres eget helbred. En meget stor del af deltagerne synes også, de kom til at leve mere sundt i løbet af projektet.

Trivsel generelt

Der var store variationer i deltagernes opfattelse af deres generelle trivsel og livskvalitet, da de startede i projektet, men i løbet af projektet oplevede halvdelen, at de fik det bedre. Der var ikke så meget direkte mistrivsel blandt deltagerne i starten. Det mest udprægede var bekymringer for helbred og ensomhed. I løbet af projektet skete der dog forbedringer omkring stress, ensomhed og helbred, mens der var mindre forringelser omkring smerter og depression.

Kostadfærd

Deltagerne spiste ved starten af projektet allerede en del frugt og grøntsager, men i løbet af projektet spiste de endda lidt mere. De deltagere, der skulle arbejde med kost, forbedrede gennemgående deres spisning af frugt og grøntsager. Der var kun nogle få deltagere, som ikke skulle arbejde med kost.

Motion

Der var stor variation i deltagernes motionsvaner ved starten af projektet. I løbet af projektet var der en del af dem, der skulle arbejde med motion, som også kom til at dyrke motion oftere. Der var kun nogle få deltagere, som ikke skulle arbejde med motion.

Tobaksrygning

Ved starten af projektet var der ca. 20-25 %, der var tobaksrygere. Der var kun 6 af deltagerne, der skulle arbejde med rygning i projektet, og 4 af dem besvarede sluskemaet. I løbet af projektet var en deltager holdt op med at ryge, mens 3 andre, som skulle arbejde med rygning, har nedsat deres forbrug. Der var kun et par deltagere, som var rygere, og som ikke skulle arbejde med rygning.

Alkohol

Alkoholforbruget var meget varieret i starten. Der var relativt få, der aldrig drak alkohol, og relativt få der drak meget. Der er ikke sket markante ændringer hos deltagerne i løbet af projektet. Kun to skulle arbejde med alkohol, hvoraf den ene drak sjældnere og den anden oftere. Blandt de øvrige deltagere var resultatet, at 9 % drikker sjældnere (forbedring), og 17 % drikker oftere (forringelse), mens 74 % har uændret drikkemønster.

Opmærksomhed på sammenhængen mellem vægt og spise-/motionsvaner

Langt de fleste var opmærksomme på sammenhængen mellem vægt og spise-/motionsvaner. Det tænkte de fleste over næsten dagligt. I løbet af projektet er der sket det blandt dem, der skulle arbejde med vægten, at 11 % tænker oftere over det (forbedring), og 33 % tænker sjældnere over det (forringelse), mens 56 % var uændret. Blandt de øvrige er der sket en forbedring for 29 % og en forringelse for 21 %.

Der er en naturlig forklaring på, hvorfor alle de folk, som ikke har arbejdet med vægt, tænker mere over sammenhængen mellem vægt, kost og motion end hos dem, der har problemer med vægt. Dette skyldes formentlig, at startsvaret hos dem, der har problemer med vægt i forvejen, tænker meget over disse forhold.

Når det gælder om at vurdere, om deltagerne handler i overensstemmelse med deres tanker og handlinger, ser man en stor spredning blandt deltagerne. Nogle handler konsistent hver dag, mens andre kun gør det en gang om ugen. I løbet af projektet er der ikke sket markante ændringer. Blandt dem, der har arbejdet med vægt, har 22 % forbedret sig, mens 33 % har gjort det mindre, og 44 % har ikke ændret sig. Blandt de øvrige har 36 % forbedret sig, mens 15 % er forringet, og 50 % er uændret.

Stress

De fleste var ikke særligt stressede ved projektets start. I løbet af projektet var der kun 3 deltagere, der skulle arbejde med stress, og de har alle forbedret sig. Blandt de øvrige er der sket en forbedring for 25 %, mens 75 % er uændret stressede.

Søvnproblemer

Der var stor variation med hensyn til deltagernes søvnproblemer. Der var 28 %, der overhovedet ikke lider af søvnløshed, men der var også 8 %, som lider af det hver nat, og 15 %, der lider af det hver anden nat. Der er ikke sket særlige ændringer i løbet af projektet. 22 % har oplevet forbedringer, mens 13 % har oplevet forringelser, mens 65 % er uændrede. Der var ingen, der skulle arbejde med søvnløshed.

Humør

Gennemgående har de fleste deltagere ikke problemer med humøret. Der er en stor gruppe på 56 %, som har svaret, at de er i dårligt humør 'højst én gang' i løbet af den sidste uge, mens 23 % har været i dårligt humør '2-3 gange'. Der var ingen af dem, der skulle arbejde med humør, som udfyldte slutschema. Blandt de øvrige er der i løbet af projektet sket en forbedring for 44 % af deltagerne, mens kun 13 % har oplevet en forringelse.

Ensomhed

Ensomhed var ikke noget stort problem for de fleste deltagere, bortset fra en mindre gruppe. I løbet af projektet er der kun sket en forbedring for 9 % af deltagerne, mens 13 % har oplevet en forringelse, og hele 78 % er uændrede. Der var ingen, der skulle arbejde med ensomhed.

Har Sunddialog-forløbet hjulpet?

I afslutningsskemaet var deltagerne generelt positive overfor, at Sunddialog har hjulpet dem på en række områder.

6 Bilag: Spørgeskemaer til Sunddialog

6.1 Antal skemaer

CASA har modtaget en datafil i Excel med data fra et opstartsskema og et afslutningsskema, som deltagerne har udfyldt.

Antal personer (cases) i filen.....	55
Ingen relevante data	16
Udfyldte med opstartsdata	39
Udfyldte med afslutningsdata.....	26

Der var ikke relevante data for 16 ud af de 55 personer – svarende til ca. 30 %. De har muligvis ikke kunnet udfylde skemaet eller er ikke rigtig startet i projektet.

Der er kun 26, der har besvaret afslutningsskemaet, mens 39 svarede på startskemaet. Der er altså 67 % af personerne, der har besvaret startskemaerne, som også har besvaret slutskemaet. Desuden skal det nævnes, at der er 3 personer, som i besvarelse af slutskemaerne har undladt at besvare en stor del af spørgsmålene. Sygeplejerskerne har oplyst at 2 patienter aldrig rigtig kom i gang, mens 8 patienter er faldet fra undervejs, og 1 holdt op p. gr. af andre sygdomme.

6.2 Generelt om skemaerne

Størstedelen af spørgsmålene i spørgeskemaerne har lukkede svarkategorier og er 5-punkts ordinale skalaer (Likert-skala), hvor respondenterne skal sætte ”kryds”. Dette koncept virker tilsyneladende tilfredsstillende i langt de fleste spørgsmål, eftersom respondenterne har været i stand til at afgive realistiske svar.

Hvis man skal bruge data til statistik, kan man foreslå, at svarmulighederne udformes, så de enkelte svarmuligheder bliver tillagt et tal. Eksempelvis:

Svarene:	Værdier
I meget stor grad	5
I stor grad	4
I nogen grad	3
I lille grad	2
Slet ikke.....	1

6.3 Gennemgang af spørgsmålene

I dette afsnit gennemgås spørgsmålene i spørgeskemaerne. Besvarelserne er primært baseret på opstartskemaerne. Men samtidig har vi i de fleste tilfælde analyseret ændringerne i projektførløbet. Spørgsmålene i startskema og slutskema er i vidt omfang ens. Det har derfor været muligt at beregne ændringerne ved at sammenholde data fra de to skemaer med hinanden. Dette er naturligvis kun gjort for de personer, som har besvaret begge spørgeskemaer.

Udover at vise resultaterne fra spørgsmålene er der desuden knyttet en række mere tekniske kommentarer til de enkelte spørgsmål, som kan betragtes som en anbefaling til evt. ændringer i spørgeskemaerne.

Information om samtaleforløbet

Der er stillet to spørgsmål om samtaleforløbet i opstartsskemaet: FQ1 og FQ2.

- Hvordan føler du dig informeret omkring formålet med samtalerne?
- Hvordan føler du dig informeret om, hvad samtalerne indholdsmæssigt kommer til at dreje sig om?

Desværre er der mange uoplyste – 72 % og 51 %, og besvarelserne af spørgsmålene kan ikke bruges. Det er uklart, hvad der er gået galt.

Forventninger til samtaleforløbet

Der er stillet to spørgsmål om forventningerne til samtaleforløbet: FQ3 og FQ4, og disse spørgsmål har en række underspørgsmål.

- Hvad forventer du, at det kommende forløb vil kunne give dig?
- Hvor vigtigt synes du, det var, at ændre livsstil, før du mødtes med sygeplejersken om Sunddialog?

FQ3 – Hvad forventer du, at det kommende forløb vil kunne give dig? Opstartsskemaer

Procent N = 39	Meget stor grad	Stor grad	Nogen grad	Lille grad	Slet ikke	Uoplyst	I alt
1. En sundere livsstil	10	36	33	8	10	3	100
2. Mere rigtig brug af medicinen	13	41	23	10	10	3	100
3. Mindre træthed, smerter og tristhed	21	38	31	5	5	-	100
4. Bedre trivsel	10	36	33	10	10	-	100
5. Bedre kontakt med sundhedspersonalet	18	54	18	-	10	-	100
6. Større selvtillid i forhold til at kunne klare hverdagen	13	26	10	10	36	5	100
7. Færre bekymringer for helbred	8	23	5	18	44	3	100
8. Færre bekymringer for min fremtid	8	26	15	10	36	5	100
9. Færre indlæggelsesdage på hospitalet	5	31	36	5	20	3	100
10. Færre sygedage fra arbejdet	23	36	21	10	8	3	100
11. Færre følgesygdomme	15	56	15	10	-	3	100

FQ3 om forventninger ser ud til at fungere udmærket. Der er en pæn spredning på svarkategorierne og der er få uoplyste.

FQ4 – Hvor vigtigt synes du, det var, at ændre livsstil, før du mødtes med sygeplejersken om Sunddialog – indenfor følgende områder? Opstartsskemaer

Procent N = 39	Meget stor grad	Stor grad	Nogen grad	Lille grad	Slet ikke	Uoplyst	I alt
1. På arbejdet	15	31	23	18	13	-	100
2. I familien	10	41	23	10	15	-	100
3. I din fritid	23	44	28	-	5	-	100
4. Med helbredet	18	23	28	5	26	-	100

Ændringer (Startskema – slutskema)

Procent N = 26	Forbedring	Uændret	Foringelse	I alt
1. På arbejdet	54	31	15	100
2. I familien	73	15	12	100
3. I din fritid	38	15	47	100
4. Med helbredet	50	22	28	100

Der er almindelig enighed om, at det var vigtigt at ændre livsstil før de mødtes med sygeplejersken. Flest synes det var livsstilen i fritiden, der

skulle ændres. I afslutningsskemaet blev stillet et næsten enslydende spørgsmål, og man kan konstatere at en del synes det var blevet endnu vigtigere at ændre livsstil i løbet af projektet. Bortset fra når det gælder livsstilen i fritiden, så synes flere at det er mindre vigtigt.

FQ4 om at ændre livsstil på forskellige områder ser også ud til at fungere udmærket. Pæn spredning af svarene og slet ingen uoplyste.

Motivation

Der er anvendt tre spørgsmål til at belyse deltageres motivation – FQ5, FQ6 og FQ7.

- Hvor motiveret var du for at gå i gang med at ændre livsstil, før du mødtes med sygeplejersken om Sunddialog?
- I hvilken udstrækning troede du på, at du kunne ændre din livsstil, før du mødtes med sygeplejersken om Sunddialog?
- Hvor motiveret er du nu i forhold til at gå i gang med de kommende samtaleforløb?

FQ5 – Hvor motiveret var du for at gå i gang med at ændre livsstil, før du mødtes med sygeplejersken om Sunddialog? Opstartsskemaer

Meget motiveret	15 %
Motiveret	72 %
Lidt motiveret	13 %
Umotiveret	-
Meget umotiveret	-
Uoplyst	-
I alt	100 %
N	39
Ændringer (slutskema – startskema)	
Forbedring	42 %
Uændret	46 %
Foringelse	12 %
I alt	100 %
N	26

Næsten alle deltagerne har været motiveret, før de mødtes med sygeplejersken. Kun 13 % var 'lidt motiveret'.

42 % har fået forbedret motivationen i løbet af projektet, mens kun 12 % har fået mindre motivation.

Spørgsmål FQ5 fungerer i forhold til, at der ikke er nogen uoplyste. Til gengæld ligger svarfordelingen i den ene ende. Det skyldes sandsynligvis, at 'umotiveret' og 'meget umotiveret' er meget stærke udtryk, som ingen vil benytte. I stedet bør man overveje "grader", som benyttes i mange af de andre spørgsmål: I meget stor grad – stor grad – nogen grad – lille grad – slet ikke.

FQ6 – I hvilken udstrækning troede du på, at du kunne ændre din livsstil, før du mødtes med sygeplejersken om Sunddialog? Opstartsskemaer

Meget stor grad	-
Stor grad	23 %
Nogen grad	64 %
Lille grad	13 %
Slet ikke	-
Uoplyst	-
I alt	100 %
N	39
Ændringer (slutskema – startskema)	
Forbedring	46 %
Uændret	42 %
Forningelse	12 %
I alt	100 %
N	26

En del deltagere var tilsyneladende lidt skeptiske overfor, om de kunne ændre deres livsstil, da de startede i projektet. 64 % svarede 'nogen grad' og 13 % svarede 'lille grad'. I løbet af projektet kom næsten halvdelen til at tro mere på, at de kunne ændre deres livsstil, mens kun 12 % fik mindre tro på det.

Spørgsmål FQ6 fungerer tilsyneladende udmærket. Der er ingen uoplyste, og svarfordelingen ligger omkring midten. Der er dog ingen svar i de to yderkategorier, men det afspejler sandsynligvis, at respondenterne har moderate forventninger.

FQ7 – Hvor motiveret er du nu i forhold til at gå i gang med de kommende samtaleforløb? Opstartsskemaer

Meget motiveret	41 %
Motiveret	56 %
Lidt motiveret	3 %
Umotiveret	-
Meget umotiveret	-
Uoplyst	-
I alt	100 %
N	39

Ændringer (slutskema – startskema)	
Forbedring	23 %
Uændret	69 %
Foringelse	8 %
I alt	100 %
N	26

Igen ser vi, at deltagerne var meget motiverede for at gå i gang med samtaleforløbene. 41 % var 'meget motiveret', mens kun 3 % var 'lidt motiveret'. I løbet af projektet blev deltagerne endda endnu mere motiverede.

Spørgsmål FQ7 fungerer i forhold til, at der ikke er nogen uoplyste. Til gengæld ligger svarfordelingen i den ene ende. Det skyldes sandsynligvis, at 'umotiveret' og 'meget umotiveret' er meget stærke udtryk, som ingen vil benytte. I stedet bør man, ligesom i spørgsmål FQ5, overveje "grader", som benyttes i mange af de andre spørgsmål: I meget stor grad – stor grad – nogen grad – lille grad – slet ikke.

Opfattelse af behandleren

Der er fire spørgsmål i opstartsskemaet om respondenternes opfattelse af behandleren: FQ8, FQ9, FQ10 og FQ11.

- Hvor godt føler du, at din behandler hidtil har informeret dig om følgende områder?
- Hvor meget forventer du, at sygeplejersken støtter dig i at foretage livsstilsændringer?
- Hvor meget forventer du, at lægen støtter dig i at foretage livsstilsændringer?
- I hvilken udstrækning er du bekymret for de kommende samtaleforløb med din behandler?

FQ8 – Hvor godt føler du, at din behandler hidtil har informeret dig om følgende områder? Opstartsskemaer

Procent N = 39	Meget godt	Godt	Nogen- lunde	Dårligt	Slet ikke	Uoplyst	I alt
1. Kost og motion	10	44	8	5	31	3	100
2. Alkohol og rygning	5	39	5	3	46	3	100
3. Medicin	8	41	13	-	36	3	100
4. Stress og søvn	10	44	8	8	28	3	100
5. Ensomhed og humør	15	51	5	3	26	-	100

Ændringer (Startskema – slutskema)

Procent N = 26	Forbedring	Uændret	Foringelse	I alt
1. Kost og motion	58	35	8	100
2. Alkohol og rygning	77	23	-	100
3. Medicin	65	31	4	100
4. Stress og søvn	54	31	15	100
5. Ensomhed og humør	50	27	23	100

Når det handler om at føle sig informeret, er der stort set to grupper. Den ene gruppe føler sig godt informeret, mens den anden gruppe føler sig 'slet ikke' informeret. Begge grupper er relativt store. Det ser dog ud til, at en meget stor gruppe er blevet bedre informeret i løbet af projektet.

FQ8 indeholder i virkeligheden to spørgsmål. Det ene handler, om man overhovedet har modtaget informationer, mens det andet spørgsmål er en vurdering af, hvor godt man er blevet informeret. I øvrigt er der en vis spredning af besvarelserne på hele skalaen med en kraftig ophobning omkring 'godt'.

FQ9 – FQ10 – Hvad forventer du af støtte fra sygeplejerske og læge?

Procent N = 39	Meget stor grad	Stor grad	Nogen grad	Lille grad	Slet ikke	Uoplyst	I alt
FQ9: Hvor meget forventer du, at sygeplejersken støtter dig i at foretage livsstilsændringer?	28	46	23	3	-	-	100
FQ10: Hvor meget forventer du, at lægen støtter dig i at foretage livsstilsændringer?	8	33	38	21	-	-	100

Ændringer (Startskema – slutskema)

Procent N = 26	Forbedring	Uændret	Foringelse	I alt
FQ9: Hvor meget forventer du, at sygeplejersken støtter dig i at foretage livsstilsændringer?	50	42	8	100
FQ10: Hvor meget forventer du, at lægen støtter dig i at foretage livsstilsændringer?	31	38	31	100

Der er stor forskel på forventningerne til sygeplejersker og læger. Forventningerne er tydeligvis større til sygeplejerskerne end til lægerne. Det viser sig desuden, at halvdelen har oplevet endnu mere støtte fra sygeplejerskerne undervejs i projektet, mens der er en relativ stor gruppe, som er blevet skuffet over lægernes støtte.

FQ9 og FQ10 fungerer tilsyneladende godt med en pæn svarsprædning og ingen uoplyste.

FQ11 – I hvilken udstrækning er du bekymret for de kommende samtaleforløb med din behandler? Opstartsskemaer

Meget stor grad	-
Stor grad	-
Nogen grad	5 %
Lille grad	31 %
Slet ikke	64 %
Uoplyst	-
I alt	100 %
N	39
Ændringer (slutskema – startskema)	
Forbedring	19 %
Uændret	77 %
Forringelse	4 %
I alt	100 %
N	26

Deltagerne er ikke særligt bekymrede forud for samtaleforløbene, idet kun 31 % er bekymrede i 'lille grad' og 5 % i 'nogen grad'. I løbet af projektet er en del af deltagerne endda blevet endnu mindre bekymrede.

FQ11 har en ret skæv svarfordeling, som sandsynligvis skyldes, at spørgsmålet er formuleret forkert. Ordet "bekymret" er muligvis for stærkt og kan evt. erstattes med "usikker" eller noget tilsvarende.

Din opfattelse af dit helbred og sundhed

I afsnittet om opfattelse af helbred og sundhed indgår tre spørgsmål: FQ12, FQ13 og FQ14.

- Hvordan synes du, at dit helbred er alt i alt?
- Hvor sundt synes du, at du lever?
- Hvilket udsagn passer bedst på dig? (syg/rask og sund/usund)

FQ12 – Hvordan synes du, at dit helbred er alt i alt? Opstartsskemaer

Meget godt	-
Godt	31 %
Nogenlunde	56 %
Dårligt	13 %
Meget dårligt	-
Uoplyst	-
I alt	100 %
N	39
Ændringer (slutskema – startskema)	
Forbedring	61 %
Uændret	35 %
Forningelse	4 %
I alt	100 %
N	26

Der er en forskellig opfattelse af deltageres generelle (subjektive) helbredstilstand, hvor 56 % har svaret 'nogenlunde', og 31 % har svaret 'godt', og kun 13 % har svaret 'dårligt'. Men i løbet af projektet har 61 % af deltagerne fået et forbedret (subjektivt) helbred, mens næsten ingen har fået dårligere helbred.

FQ12 fungerer tilsyneladende, idet der ikke er nogen uoplyste, og svareddelingen er jævn, selvom der ikke er nogen svar i de to yderpunkter. Det er i øvrigt et ofte anvendt spørgsmål, bl.a. i SUSY-undersøgelserne.

FQ13 – Hvor sundt synes du, at du lever? Opstartsskemaer

Meget sundt	3 %
Sundt	23 %
Lidt sundt	62 %
Usundt	23 %
Meget usundt	3 %
Uoplyst	-
I alt	100 %
N	39
Ændringer (slutskema – startskema)	
Forbedring	54 %
Uændret	46 %
Forningelse	-
I alt	100 %
N	26

Deltagerne synes selv, at de lever 'lidt sundt' – det svarer 62 %, mens 23 % synes, de lever henholdsvis 'sundt' og 'usundt'. Kun nogle få mener, de le-

ver meget sundt eller usundt. I løbet af projektet synes 54 %, at de nu lever mere sundt, end da de startede i projektet, og ingen mener, de lever mere usundt.

FQ13 ser ud til at fungere meget fint, når man ser på svarfordelingen og uoplyste.

FQ14 – Hvilket udsagn passer bedst på dig? Opstartsskemaer

Rask og sund!	28 %
Rask og usund!	44 %
Syg og sund!	23 %
Syg og usund!	5 %
Uoplyst	-
I alt	100 %
N	39
Ændringer (slutskema – startskema)	
Forbedring	54 %
Uændret	42 %
Foringelse	4 %
I alt	100 %
N	26

Når deltagerne skal karakterisere sig selv, om de er syge/raske eller sunde/-usunde, så er meningene ret delte, bortset fra at ret få mener, de er 'syg og sund'. Flest synes de er 'rask og usund'. Men i løbet af projektet mener 54 %, at de er blevet bedre – først og fremmest at de er blevet 'rask og sund'.

FQ14 ser ud til at fungere fint.

Helbred og trivsel i din fritid

Der er opstillet tre spørgsmål til at belyse respondenternes helbred og trivsel i fritiden: FQ15, FQ16 og FQ17.

- Hvor tilfreds er du med din fritid?
- Er du på grund af dit helbred begrænset i at gøre det, du ønsker i din fritid?
- Er du på grund af dit helbred begrænset i følgende aktiviteter?

FQ15 – Hvor tilfreds er du med din fritid? Opstartsskemaer

Meget tilfreds	10 %
Tilfreds	51 %
Lidt tilfreds	31 %
Ikke så tilfreds	8 %
Slet ikke tilfreds	-
Uoplyst	-
I alt	100 %
N	39
Ændringer (slutskema – startskema)	
Forbedring	42 %
Uændret	50 %
Forningelse	8 %
I alt	100 %
N	26

Deltagerne er stort set tilfredse med deres fritid, da de startede, bortset fra, at 31 % kun er 'lidt tilfreds', og 8 % er 'ikke så tilfreds'. Men i løbet af projektet er 42 % blevet mere tilfredse med deres fritid, og kun 8 % synes, at der er sket en forringelse.

FQ15 ser ud til at fungere tilfredsstillende med en pæn svarfordeling.

FQ16 – Er du på grund af dit helbred begrænset i at gøre det, du ønsker i din fritid? Opstartsskemaer

Meget begrænset	5 %
Begrænset	26 %
Lidt begrænset	18 %
Ikke så begrænset	28 %
Slet ikke begrænset	23 %
Uoplyst	-
I alt	100 %
N	39
Ændringer (slutskema – startskema)	
Forbedring	46 %
Uændret	46 %
Forningelse	8 %
I alt	100 %
N	26

Der er ret stor forskel på, om deltagerne synes, at deres helbred begrænser dem i at gøre det, de ønsker i fritiden. 23 % mente i starten, at de 'slet ikke' var begrænset, mens 26 % mente, de var 'begrænset'. I løbet af projektet

skete der en forbedring for næsten halvdelen af deltagere, mens kun 8 % mente, der skete en forringelse.

FQ16 ser umiddelbart ud til at fungere, idet der er en jævn svarfordeling. Svarfordelingen afviger imidlertid fra en normalfordeling, som man skulle forvente. Det tyder på, at der er flere grupper (syge og raske), som forholder sig forskelligt til spørgsmålet eller forstår noget forskelligt ved spørgsmålet.

FQ17 – Er du på grund af dit helbred begrænset i følgende aktiviteter?

Procent N = 39	Meget begræn- set	Be- grænset	Lidt be- grænset	Ikke så begræn- set	Slet ikke begræn- set	Uoplyst	I alt
FQ17a: Lettere aktiviteter såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle?	3	5	13	13	41	26	100
FQ17b: At gå flere etager op ad trapper?	8	8	23	15	21	26	100

Ændringer (Startskema – slutskema)

Procent N = 21	Forbedring	Uændret	Forringelse	I alt
FQ17a: Lettere aktiviteter såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle?	10	81	9	100
FQ17b: At gå flere etager op ad trapper?	48	48	5	100

De fleste deltagere er ikke begrænset i at udføre lettere aktiviteter, og det har projektet ikke ændret nævneværdigt ved. Til gengæld var der lidt flere, som havde problemer med at gå flere etager op ad trapper i starten, og halvdelen blev bedre til det i løbet af projektet.

FQ17 er tilsyneladende ikke så vellykket. For det første er der 26 % uoplyste i begge underspørgsmål. For det andet er svarfordelingerne ikke helt "pæne", og specielt FQ17a har en skæv svarfordeling. Man kan foreslå at erstatte ordet 'begrænset' i spørgsmålsformuleringen med 'problemer med', fordi det måske kan skærpe problemstillingen, så der bliver færre uoplyste.

Helbred og trivsel på arbejde og i familie

FQ18-FQ30. Besvarelserne indgår ikke i denne rapport, bl.a. fordi de er mangelfuldt udfyldte i slutskemaerne.

Din trivsel generelt

Spørgsmål om trivsel generelt er dækket af FQ31.

- Hvordan har du generelt følt dig inden for de seneste 4 uger?

FQ31 – Hvordan har du generelt følt dig inden for de seneste 4 uger? Opstartsskema

Procent N = 39	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt	Uoplyst	I alt
1. Jeg har følt mig rolig og afslappet	8	33	31	28	-	-	100
2. Jeg har følt mig aktiv og fuld af energi	-	21	39	33	8	-	100
3. Er jeg vågnet frisk og udhvilet	3	15	33	28	21	-	100
4. Har jeg været tilfreds med det, jeg har lavet	13	31	36	21	-	-	100

Ændringer (Startskema – slutskema)

Procent N = 26	Forbedring	Uændret	Foringelse	I alt
1. Jeg har følt mig rolig og afslappet	42	46	12	100
2. Jeg har følt mig aktiv og fuld af energi	50	38	12	100
3. Er jeg vågnet frisk og udhvilet	50	35	15	100
4. Har jeg været tilfreds med det, jeg har lavet	58	34	8	100

Der er store variationer i deltagernes opfattelse af deres generelle trivsel ved starten af projektet. Men samtidig er det klart, at omkring halvdelen af deltagerne har fået det bedre i løbet af projektet.

FQ31 ser ud til at fungere tilfredsstillende med pæne svarfordelinger og ingen uoplyste.

Din mistrivsel generelt

Spørgsmål om mistrivsel generelt er dækket af FQ32 og FQ33.

- Hvordan har du generelt følt dig inden for de seneste 4 uger?
- Hvordan synes du din trivsel og livskvalitet er alt i alt?

FQ32 - Hvordan har du generelt følt dig indenfor de seneste 4 uger? Opstartsskema

Procent N = 39	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt	Uoplyst	I alt
1. Jeg har været bekymret for mit helbred	3	13	28	28	28	-	100
2. Jeg har følt mig stresset	3	8	39	18	33	-	100
3. Jeg har haft smerter	-	10	5	28	56	-	100
4. Jeg har følt mig deprimeret	5	-	15	31	49	-	100
5. Jeg har følt mig ensom og alene	5	18	26	28	23	-	100

Ændringer (Startskema – slutskema)

Procent N = 26	Forbedring	Uændret	Foringelse	I alt
1. Jeg har været bekymret for mit helbred	46	50	4	100
2. Jeg har følt mig stresset	58	38	4	100
3. Jeg har haft smerter	31	46	23	100
4. Jeg har følt mig deprimeret	27	35	38	100
5. Jeg har følt mig ensom og alene	65	27	8	100

Mistrivsel forekommer tilsyneladende ikke så ofte. De mest udprægede trivselsproblemer er bekymringer for helbred og ensomhed. I løbet af projektet er der dog sket forbedringer på de fleste områder. De største forbedringer er sket på ensomhed, stress og bekymringer for helbred. Men samtidig kan man konstatere, at der er en del, som har oplevet forringelser i forhold til deprimeret og smerter.

FQ32 ser også ud til at fungere tilfredsstillende med pæne svarfordelinger og ingen uoplyste. Man kan dog pege på, at spørgsmålene om smerter og deprimeret har ret skæve svarfordelinger som udtryk for, at det ikke forekommer særlig ofte.

FQ33 – Hvordan synes du din trivsel og livskvalitet er alt i alt? Opstartsskemaer

Virkelig god	3 %
God	44 %
Nogenlunde	54 %
Dårlig	-
Meget dårlig	-
Uoplyst	-
I alt	100 %
N	39
Ændringer (slutskema – startskema)	
Forbedring	46 %
Uændret	46 %
Forningelse	8 %
I alt	100 %
N	26

De fleste deltagere synes, at deres trivsel og livskvalitet er tilfredsstillende. Ingen synes, den er direkte 'dårlig'. Samtidig viser det sig, at næsten halvdelen synes, at deres trivsel og livskvalitet er blevet bedre i løbet af projektet.

FQ33 fungerer tilsyneladende tilfredsstillende uden uoplyste. Der er imidlertid ingen, der har svaret 'dårlig' eller 'meget dårlig', og det kan skyldes, at det er svært at bruge disse svar. Man kan evt. foreslå at bruge svarkategorier med 'tilfredsstillende' i stedet for 'god/dårlig', hvis man vil have mere nuancerede svar.

Desuden kan man pege på, at der indgår både 'trivsel' og 'livskvalitet' i spørgsmålsformuleringen, og spørgsmålet er, om de er synonyme eller der snarere er to spørgsmål i et. Det sidste er uheldigt.

Symptomer

FQ34 omhandler forskellige symptomer og gener inden for de seneste 14 dage.

FQ34 – Har du været generet af nogle af de nedenfor nævnte former for smerter eller ubehag inden for de sidste 14 dage? Opstartsskemaer

Procent N = 39	Altid	Ofte	En gang imellem	Lille smule	Aldrig	Uoplyst	I alt
1. Hoved	-	-	13	18	62	8	100
2. Hals	3	15	18	21	36	8	100
3. Bryst	3	21	10	21	41	5	100
4. Mave	-	3	15	31	44	8	100
5. Underliv	5	8	13	21	44	10	100
6. Arme og ben	3	8	8	28	46	8	100
7. Ryg	3	-	15	18	56	8	100
8. Følt dig syg	-	5	8	31	49	8	100
9. Følt dig trist og deprimeret	-	8	18	18	49	8	100
10. Følt dig angst eller urolig	5	5	15	31	39	5	100
11. Haft søvnbesvær	-	10	10	33	41	5	100

Ændringer (Startskema – slutskema) Kun hvis forekommer i startskema

Procent	Forbedring	Uændret	Forningelse	I alt	N
1. Hoved	½	25	13	100	8
2. Hals	78	22	-	100	18
3. Bryst	86	14	-	100	14
4. Mave	43	43	14	100	14
5. Underliv	58	42	-	100	12
6. Arme og ben	73	18	9	100	11
7. Ryg	67	17	17	100	6
8. Følt dig syg	61	-	39	100	13
9. Følt dig trist og deprimeret	73	18	9	100	11
10. Følt dig angst eller urolig	69	12	19	100	16
11. Haft søvnbesvær	61	31	8	100	13

Langt de fleste af deltagerne havde ikke større gener om ubehag ved starten af projektet. Det udbredte var smerter i bryst og hals. I løbet af projektet skete der en række både positive og negative ændringer. De positive ændringer er dog klart i overtal.

FQ34 fungerer tilsyneladende tilfredsstillende. Procentdelen med uoplyst er 5-10 %, og der er en pæn spredning på svarfordelingerne.

Kost

Der er tre spørgsmål, der handler om kostvaner: FQ35, FQ36 og FQ37.

- Hvor ofte spiser du frugt eller grønt?
- Hvor mange stykker frugt og grønt spiser du almindeligvis i løbet af en dag?
- Hvor tit får du 6 eller flere stykker grønt i løbet af en dag?

28 ud af 39 deltagere skulle arbejde med kost – svarende til 72 %.

FQ35 – Hvor ofte spiser du frugt eller grønt? Opstartsskemaer

Aldrig	-
Højest et par gange om ugen	8 %
3-5 gange om ugen	23 %
1 gang dagligt	15 %
Flere gange dagligt	49 %
Uoplyst	5 %
I alt	100 %
N	39
Antal, der skulle arbejde med kost	28
Ændringer (slutskema – startskema)	
<i>Arbejdet med kost:</i>	
Forbedring	27 %
Uændret	64 %
Forningelse	9 %
I alt	100 %
N	22
<i>Ikke arbejdet med kost:</i>	
Forbedring	33 %
Uændret	67 %
Forningelse	-
I alt	100 %
N	3

Deltagerne spiser tilsyneladende en del frugt og grønt. I løbet af projektet spiser de, der skulle arbejde med kost, endnu mere, idet 27 % nu spiser frugt og grønt hyppigere, mens kun 9 % spiser det sjældnere.

FQ35 fungerer tilfredsstillende.

FQ36 – Hvor mange stykker frugt og grønt spiser du almindeligvis i løbet af en dag? Opstartsskemaer

0	-
1-2	44 %
3-4	41 %
4-5	8 %
6 eller flere	3 %
Uoplyst	5 %
I alt	100 %
N	39
Ændringer (slutskema – startskema)	
<i>Arbejdet med kost:</i>	
Forbedring	32 %
Uændret	45 %
Foringelse	23 %
I alt	100 %
N	22
<i>Ikke arbejdet med kost:</i>	
Forbedring	- %
Uændret	100 %
Foringelse	-
I alt	100 %
N	3

I starten af projektet spiste deltagerne typisk mellem 1 og 4 stykker frugt og grønt om dagen. I løbet af projektet forbedrede 32 % sig af de, der skulle arbejde med kost, ved at spise mere, mens 23 % spiste mindre.

FQ36 fungerer tilfredsstillende, men måske burde skalaen være: 0, 1, 2-3, 4-5, 6+, fordi 4 optræder i to kategorier.

FQ37 – Hvor tit får du 6 eller flere stykker grønt i løbet af en dag? Opstartsskemaer

Aldrig	5 %
Højest en gang om måneden	21 %
2-4 gange om måneden	31 %
2-3 gange om ugen	26 %
4 gange om ugen eller oftere	13 %
Uoplyst	5 %
I alt	100 %
N	39
Ændringer (slutskema – startskema)	
<i>Arbejdet med kost:</i>	
Forbedring	27 %
Uændret	50 %
Forningelse	23 %
I alt	100 %
N	22
<i>Ikke arbejdet med kost:</i>	
Forbedring	- %
Uændret	100 %
Forningelse	-
I alt	100 %
N	3

Der er stor spredning på, hvor ofte deltagerne spiste 6 eller flere stykker frugt og grønt på en dag. I løbet af projektet er der ikke sket de store ændringer blandt dem, der skulle arbejde med kost, idet 27 % spiste oftere, og 23 % spiste det sjældnere, mens 50 % var uændrede.

FQ37 fungerer tilfredsstillende, og der er en pæn svarfordeling.

Motion

Der er tre spørgsmål, der handler om motionsvaner: FQ38, FQ39 og FQ40.

- Hvor ofte motionerer du?
- Hvor længe motionerer du sædvanligvis, når du gør det?
- Hvor tit motionerer du i 20 minutter eller mere på en dag?

31 ud af 39 deltagere skulle arbejde med motion – svarende til 79 %.

FQ38 – Hvor ofte motionerer du? Opstartsskemaer

Aldrig	10 %
Højest en gang om ugen	15 %
1-2 gange om ugen	18 %
3-4 gange om ugen	21 %
Dagligt	10 %
Uoplyst	5 %
I alt	100 %
N	39
Antal der skulle arbejde med motion	31
Ændringer (slutskema – startskema)	
<i>Arbejdet med motion:</i>	
Forbedring	40 %
Uændret	55 %
Forningelse	5 %
I alt	100 %
N	20
Ikke arbejdet med motion:	
Forbedring	20 %
Uændret	60 %
Forningelse	20 %
I alt	100 %
N	5

Der er stor spredning i deltagernes motionsvaner. I løbet af projektet dyrker 40 % af dem, der skulle arbejde med motion, mere (oftere) motion, mens kun 5 % dyrker mindre motion.

FQ38 fungerer tilfredsstillende med en stor spredning på svarene.

FQ39 – Hvor længe motionerer du sædvanligvis, når du gør det? Opstartsskemaer

0-10 minutter	8 %
10-15 minutter	5 %
15-30 minutter	21 %
30 minutter-1 time	46 %
1 time eller mere	15 %
Uoplyst	5 %
I alt	100 %
N	39
Ændringer (slutskema – startskema)	
<i>Arbejdet med motion:</i>	
Forbedring	10 %
Uændret	90 %
Forningelse	-
I alt	100 %
N	20
<i>Ikke arbejdet med motion:</i>	
Forbedring	50 %
Uændret	50 %
Forningelse	-
I alt	100 %
N	5

De fleste motionerer 30-60 minutter, når de gør det. I løbet af projektet er der 10 % af dem, der skulle arbejde med motion, der motionerer længere tid, mens ingen har forkortet deres motionstid.

FQ39 fungerer tilfredsstillende, men måske burde skalaen være: 0-15, 15-30, 30-45, 45-60, 60+.

FQ40 – Hvor tit motionerer du i 20 minutter eller mere på en dag? Opstartsskemaer

Aldrig	13 %
Højst en gang om måneden	5 %
2-4 gange om måneden	18 %
2-3 gange om ugen	10 %
4 gange om ugen eller oftere	49 %
Uoplyst	5 %
I alt	100 %
N	39
Ændringer (slutskema – startskema)	
<i>Arbejdet med motion:</i>	
Forbedring	20 %
Uændret	55 %
Foringelse	25 %
I alt	100 %
N	20
<i>Ikke arbejdet med motion:</i>	
Forbedring	75 %
Uændret	25 %
Foringelse	-
I alt	100 %
N	5

Halvdelen motionerede 20 minutter eller mere om dagen i mindst fire dage om ugen. I løbet af projektet forbedrede 20 % af dem, der skulle arbejde med motion, deres motion, mens 25 % formindskede deres.

FQ40 fungerer tilfredsstillende, og der er en pæn svarfordeling. Måske burde den øverste kategori deles, op og der kan være en kategori 'dagligt'. Det vil give bedre mulighed for at måle forbedringer i den øverste ende.

Tobaksrygning

Der er tre spørgsmål, der handler om tobaksrygning: FQ41, FQ42 og FQ43.

- Hvor ofte ryger du?
- Hvor meget ryger du almindeligvis i løbet af en dag?
- Hvor tit ryger du 15 eller flere i løbet af en dag?

6 ud af de 39 deltagere skulle arbejde med rygning – svarende til 15 %.

FQ41 – Hvor ofte ryger du? Opstartsskemaer

Aldrig	67 %
Højest en gang om måneden	-
2-4 gange om måneden	3 %
2-3 gange om ugen	5 %
4 gange om ugen eller oftere	21 %
Uoplyst	5 %
I alt	100 %
N	39
Antal, der skulle arbejde med rygning	6
Ændringer (slutskema – startskema)	
<i>Arbejdet med rygning:</i>	
Forbedring	25 %
Uændret	75 %
Forningelse	-
I alt	100 %
N	4
<i>Ikke arbejdet med rygning:</i>	
Forbedring	-
Uændret	100 %
Forningelse	-
I alt	100 %
N	20

Der er tale om to typer rygere. Den ene ryger dagligt og udgør ca. 20 %, mens den anden type ryger en gang imellem og udgør 8 %. 67 % ryger aldrig. I løbet af projektet er der ikke sket ret meget med, hvor ofte deltagerne ryger. Kun en deltager er holdt op med at ryge ud af 4, som skulle arbejde med rygning.

FQ41 har en problematisk svarfordeling. Man kan i stedet foreslå 'aldrig', 'en gang om ugen', 'flere gange om ugen', 'dagligt'.

FQ42 – Hvor meget ryger du almindeligvis i løbet af en dag? Opstartsskemaer

Ingen	69 %
Højst 1	-
2-5	3 %
5-15	3 %
15 eller flere	21 %
Uoplyst	5 %
I alt	100 %
N	39
Ændringer (slutskema – startskema)	
<i>Arbejdet med rygning:</i>	
Forbedring	100 %
Uændret	-
Foringelse	-
I alt	100 %
N	4
<i>Ikke arbejdet med rygning:</i>	
Forbedring	5 %
Uændret	95 %
Foringelse	-
I alt	100 %
N	20

Når det handler om cigaretforbruget, så viser det sig, at de fleste rygere røg 15 cigaretter eller mere ved starten af projektet, mens enkelte røg lidt mindre. I løbet af projektet var der, som nævnt en ryger, der er holdt helt op. De andre tre rygere, som skulle arbejde med rygning, har alle nedsat deres forbrug fra '15 eller flere' til '5-15'.

FQ42 har en problematisk svarfordeling. Den øverste kategori kan med fordel opdeles i flere kategorier. Måske burde skalaen være: 0, 1-5, 6-10, 11-20, 21+.

FQ43 – Hvor tit ryger du 15 eller flere i løbet af en dag? Opstartsskemaer

Aldrig	69 %
Højest en gang om måneden	3 %
2-4 gange om måneden	3 %
2-3 gange om ugen	3 %
4 gange om ugen eller oftere	18 %
Uoplyst	5 %
I alt	100 %
N	39
<i>Arbejdet med rygning:</i>	
Forbedring	75 %
Uændret	25 %
Forningelse	-
I alt	100 %
N	4
<i>Ikke arbejdet med rygning:</i>	
Forbedring	10 %
Uændret	90 %
Forningelse	-
I alt	100 %
N	20

Når det handler om, hvor ofte man ryger 15 eller flere i løbet af en dag, så kan man se, at langt de fleste rygere svarer '4 gange om ugen eller oftere'. I løbet af projektet er der sket forbedringer på dette område. 75 % af dem, der skulle arbejde med rygning, har forbedret sig på dette punkt, og det er sket ved, at de har nedsat deres forbrug til under 15 om dagen.

FQ43 har også en lidt uheldig svarfordeling. Måske burde den øverste kategori deles op, og der kan være en kategori 'dagligt'. Det vil give bedre mulighed for at måle forbedringer i den øverste ende.

Alkohol

Der er tre spørgsmål, der handler om alkohol: FQ44, FQ45 og FQ46.

- Hvor ofte drikker du enten øl, vin, hedvin eller spiritus?
- Hvor mange genstande drikker du almindeligvis i løbet af en dag?
- Hvor tit drikker du seks genstande eller flere i løbet af en dag?

4 ud af de 39 deltagere skulle arbejde med alkohol – svarende til 10 %.

FQ44 – Hvor ofte drikker du enten øl, vin, hedvin eller spiritus? Opstartsskemaer

Aldrig	13 %
Højst en gang om måneden	8 %
2-4 gange om måneden	26 %
2-3 gange om ugen	33 %
4 gange om ugen eller oftere	15 %
Uoplyst	5 %
I alt	100 %
N	39
Antal der skulle arbejde med alkohol	4
Ændringer (slutskema – startskema)	
<i>Arbejdet med alkohol:</i>	
Forbedring	50 %
Uændret	-
Foringelse	50 %
I alt	100 %
N	2
<i>Ikke arbejdet med alkohol:</i>	
Forbedring	9 %
Uændret	74 %
Foringelse	17 %
I alt	100 %
N	23

Der er stor spredning på, hvor ofte deltagerne drikker alkohol. 33 % drikker '2-3 gange om ugen', og 26 % drikker '2-4 gange om måneden'. Kun 15 % drikker '4 gange om ugen eller oftere'. Der er ikke sket markante ændringer i løbet af projektet. Kun to arbejdede med alkohol – en forbedrede sig og en forringede. Blandt de øvrige drikker 9 % sjældnere (forbedring), og 17 % drikker oftere (forringelse), mens 74 % har uændret drikkemønster.

FQ44 har en pæn svarfordeling og fungerer tilfredsstillende.

FQ45 – Hvor mange genstande drikker du almindeligvis i løbet af en dag? Opstartsskemaer

0	26 %
1-2	49 %
3-4	13 %
5-6	5 %
7-9	-
10 eller flere	3 %
Uoplyst	5 %
I alt	100 %
N	39

FQ45 har en problematisk svarfordeling, idet halvdelen er placeret i '1-2'. Måske burde skalaen være: 0, 1, 2, 3-4, 5+.

FQ46 – Hvor tit drikker du seks genstande eller flere i løbet af en dag? Opstartsskemaer

Aldrig	36 %
Højst en gang om måneden	23 %
2-4 gange om måneden	33 %
2-3 gange om ugen	3 %
4 gange om ugen eller oftere	- %
Uoplyst	5 %
I alt	100 %
N	39

FQ46 har en pæn svarfordeling.

Medicin

Spørgsmålene om medicin er ikke medtaget.

Vægt

Spørgsmålene om vægt er stillet som to spørgsmål: FQ50 og FQ51.

- Hvor ofte har du tænkt over sammenhængen mellem dine motions- og spisevaner og din vægt inden for den sidste uge?
- I hvilken udstrækning handlede du i overensstemmelse med dine tanker omkring sammenhængen mellem dine motions- og spisevaner og din vægt inden for den sidste uge?

17 ud af 39 deltagere skulle arbejde med vægt – svarende til 44 %.

FQ50 – Hvor ofte har du tænkt over sammenhængen mellem dine motions- og spisevaner og din vægt inden for den sidste uge? Opstartsskemaer

Aldrig	-
Højst en gang	8 %
2-3 gange	18 %
3-6 gange	13 %
Dagligt	56 %
Uoplyst	5 %
I alt	100 %
N	39
Antal der skulle arbejde med vægt	17
Ændringer (slutskema – startskema)	
<i>Arbejdet med vægt:</i>	
Forbedring	11 %
Uændret	56 %
Foringelse	33 %
I alt	100 %
N	9
<i>Ikke arbejdet med vægt:</i>	
Forbedring	29 %
Uændret	50 %
Foringelse	21 %
I alt	100 %
N	14

56 % af deltagerne tænker dagligt over sammenhæng mellem vægt og motions-/spisevaner, mens de øvrige tænker sjældnere over det. I løbet af projektet, er der sket det blandt dem, der skulle arbejde med vægten, at 11 % tænker oftere over det (forbedring), og 33 % tænker sjældnere over det (forringelse), mens 56 % var uændret. Blandt de øvrige er der sket en forbedring for 29 % og en forringelse for 21 %.

FQ50 har en pæn svarfordeling og fungerer tilfredsstillende.

FQ51 – I hvilken udstrækning handlede du i overensstemmelse med dine tanker omkring sammenhængen mellem dine motions- og spisevaner og din vægt inden for den sidste uge? Opstartsskemaer

Overhovedet ikke	-
Højest en gang	15 %
2-3 gange	21 %
3-6 gange	26 %
Dagligt	31 %
Uoplyst	5 %
I alt	100 %
N	39
Ændringer (slutskema – startskema)	
<i>Arbejdet med vægt:</i>	
Forbedring	22 %
Uændret	44 %
Forringelse	33 %
I alt	100 %
N	9
<i>Ikke arbejdet med vægt:</i>	
Forbedring	36 %
Uændret	50 %
Forringelse	14 %
I alt	100 %
N	14

Når det gælder om at vurdere, om deltagerne handler i overensstemmelse med deres tanker og handlinger, ser man en stor spredning blandt deltagerne. Nogle handler konsistent hver dag, mens andre kun gør det en gang om ugen. I løbet af projektet er der ikke sket markante ændringer. Blandt dem, der har arbejdet med vægt, har 22 % forbedret sig, mens 33 % har gjort det mindre, og 44 % har ikke ændret sig. Blandt de øvrige har 36 % forbedret sig, mens 15 % er forringet, og 50 % er uændret.

FQ51 har en pæn svarfordeling og fungerer tilfredsstillende.

Stress

Stress er belyst ved hjælp af 3 spørgsmål: FQ52, FQ53 og FQ54.

- Hvor ofte har du inden for den sidste uge følt dig stresset?
- Hvor længe ad gangen føler du dig sædvanligvis stresset?
- Hvor tit bliver du stresset i 20 minutter eller mere på en dag?

6 ud af 39 deltagere skulle arbejde med stress – svarende til 15 %.

FQ52 – Hvor ofte har du inden for den sidste uge følt dig stresset? Opstartsskemaer

Overhovedet ikke	28 %
Højst en gang	39 %
2-3 gange	15 %
3-6 gange	-
Dagligt	33 %
Uoplyst	5 %
I alt	100 %
N	39
Antal der skulle arbejde med stress	6
Ændringer (slutskema – startskema)	
<i>Arbejdet med stress:</i>	
Forbedring	100 %
Uændret	-
Foringelse	-
I alt	100 %
N	3
<i>Ikke arbejdet med stress:</i>	
Forbedring	25 %
Uændret	75 %
Foringelse	-
I alt	100 %
N	20

Der er en stor gruppe på næsten 70 %, som 'overhovedet ikke' eller 'højst en gang' har været stresset. Desuden er der en tredjedel, som dagligt har følt sig stresset.

I løbet af projektet var der kun 3 deltagere, der skulle arbejde med stress, og de har alle forbedret sig. Blandt de øvrige er der sket en forbedring for 25 %, mens 75 % er uændret stressede.

<i>FQ52 fungerer tilsyneladende udmærket.</i>

FQ53 – Hvor længe ad gangen føler du dig sædvanligvis stresset? Opstartsskemaer

0-10 minutter	41 %
10 minutter	10 %
15-30 minutter	10 %
30 minutter-1 time	15 %
1 time eller mere	18 %
Uoplyst	5 %
I alt	100 %
N	39

Der er en stor spredning i besvarelserne af, hvor længe deltagerne er stressede. 41 % er det kun i 0-10 minutter, mens 18 % siger, at de er det 1 time eller mere.

FQ53 indeholder en fejl i svarkategorierne. Der skulle have stået '10-15 minutter'. Afslutningsskemaet har lidt andre svarkategorier og derfor er det ikke muligt at analysere evt. ændringer.

FQ54 – Hvor tit bliver du stresset i 20 minutter eller mere på en dag? Opstartsskemaer

Aldrig	33 %
Højst en gang om måneden	15 %
2-4 gange om måneden	23 %
2-3 gange om ugen	10 %
4 gange om ugen eller oftere	13 %
Uoplyst	5 %
I alt	100 %
N	39
Ændringer (slutskema – startskema)	
<i>Arbejdet med stress:</i>	
Forbedring	33 %
Uændret	67 %
Foringelse	-
I alt	100 %
N	3
<i>Ikke arbejdet med stress:</i>	
Forbedring	30 %
Uændret	55 %
Foringelse	15 %
I alt	100 %
N	20

Der er en stor spredning på, hvor tit deltagerne føler sig stressede i 20 minutter eller mere. I løbet af projektet er der sket en forbedring for 1 af de tre deltagere, der skulle arbejde med stress, mens de to øvrige er uændrede. Blandt de øvrige har 30 % oplevet en forbedring af stress, mens kun 15 % har oplevet en forværring.

FQ54 fungerer tilsyneladende udmærket.

Søvnproblemer

Søvnproblemer er belyst ved hjælp af 3 spørgsmål: FQ55, FQ56 og FQ57.

- Hvor ofte har du inden for den sidste uge lidt af søvnproblemer?
- Hvor længe ad gangen er du sædvanligvis præget af søvnproblemer?
- Hvor tit lider du af søvnproblemer?

Man kan stille spørgsmålstejn ved, om FQ55 og FQ57 ikke ligner hinanden ret meget.

FQ55 – Hvor ofte har du inden for den sidste uge lidt af søvnproblemer? Opstartsskemaer

Overhovedet ikke	28 %
Højest en gang	23 %
2-3 gange	21 %
3-6 gange	15 %
Hver nat	8 %
Uoplyst	5 %
I alt	100 %
N	39
Ændringer (slutskema – startskema)	
Forbedring	22 %
Uændret	65 %
Forringelse	13 %
I alt	100 %
N	23

Der er en stor spredning i besvarelserne om søvnløshed. Der er 28 %, der overhovedet ikke lider af søvnløshed, men der er også 8 %, som lider af det hver nat og 15 %, der lider af det hver anden nat. Der er ikke sket særlige ændringer i løbet af projektet. 22 % har oplevet forbedringer, mens 13 % har oplevet forringelser, mens 65 % er uændrede.

FQ55 fungerer tilsyneladende udmærket.

FQ56 – Hvor længe ad gangen er du sædvanligvis præget af søvnproblemer? Opstartsskemaer

Overhovedet ikke	21 %
Kort tid	31 %
30 minutter	18 %
1 time	15 %
2 timer eller mere	10 %
Uoplyst	5 %
I alt	100 %
N	39
Ændringer (slutskema – startskema)	
Forbedring	22 %
Uændret	57 %
Forningelse	22 %
I alt	100 %
N	23

Der er også en stor spredning i besvarelserne om, hvor længe søvnproblemerne varer i løbet af natten. Der er ikke sket særlige ændringer i løbet af projektet. 22 % har oplevet forbedringer, mens andre 22 % har oplevet forringelser, og 57 % er uændrede.

FQ56 fungerer udmærket. Man kan overveje at specificere svarkategoriene bedre, fx at kort tid er 'højest 15 minutter'.

FQ57 – Hvor tit lider du af søvnproblemer? Opstartsskemaer

Aldrig	15 %
Højest en gang om måneden	13 %
2-4 gange om måneden	33 %
2-3 gange om ugen	15 %
4 gange om ugen eller oftere	18 %
Uoplyst	5 %
I alt	100 %
N	39
Ændringer (slutskema – startskema)	
Forbedring	26 %
Uændret	52 %
Forningelse	22 %
I alt	100 %
N	23

Vi ser igen en stor spredning i besvarelserne om, hvor ofte deltagerne oplever søvnproblemer. Der er heller ikke sket særlige ændringer i løbet af pro-

jektet. 26 % har oplevet forbedringer, mens andre 22 % har oplevet forringelser, og 52 % er uændrede.

FQ57 fungerer udmærket.

Humør

Humør er også belyst ved hjælp af 3 spørgsmål: FQ58, FQ59 og FQ60.

- Hvor ofte har du inden for den sidste uge været i dårligt humør?
- Hvor længe ad gangen er du sædvanligvis i dårligt humør?
- Hvor tit bliver du i dårligt humør i mindst 30 minutter?

3 ud af 39 deltagere skulle arbejde med humør – svarende til 8 %.

FQ58 – Hvor ofte har du inden for den sidste uge været i dårligt humør? Opstartsskemaer

Aldrig	5 %
Højst en gang	56 %
2-3 gange	23 %
3-6 gange	5 %
Dagligt	5 %
Uoplyst	5 %
I alt	100 %
N	39
Antal der skulle arbejde med humør	3
Ændringer (slutskema – startskema)	
Forbedring	44 %
Uændret	44 %
Foringelse	13 %
I alt	100 %
N	23

Der er en stor gruppe på 56 %, som har svaret, at de er i dårligt humør 'højst en gang' i løbet af den sidste uge, mens 23 % har været i dårligt humør '2-3 gange'. Der var ingen af dem, der skulle arbejde med humør, som udfyldte slutskema. Blandt de øvrige er der i løbet af projektet sket en forbedring for 44 % af deltagerne, mens kun 13 % har oplevet en forringelse.

FQ58 fungerer udmærket. Man kan dog overveje om svarkategorien 'aldrig' skal erstattes med 'ingen', og 'højst en gang' skal erstattes med '1'.

FQ59 – Hvor længe ad gangen er du sædvanligvis i dårligt humør? Opstartsskemaer

Overhovedet ikke	3 %
Kort tid	54 %
30 minutter	15 %
1 time	15 %
2 timer eller mere	8 %
Uoplyst	5 %
I alt	100 %
N	39

Mere end halvdelen af deltagerne er kun i dårligt humør kort tid ad gangen. Desværre er data i afslutningsskemaet ikke registreret rigtigt, derfor kan vi ikke lave ændringsanalyser.

FQ59 fungerer udmærket. Man kan overveje at specificere svarkategorierne bedre, fx at kort tid er 'højest 15 minutter'.

FQ60 – Hvor tit bliver du i dårligt humør i mindst 30 minutter? Opstartsskemaer

Aldrig	23 %
Højest en gang om måneden	31 %
1 gang om ugen	23 %
Flere gange om ugen	15 %
Dagligt	3 %
Uoplyst	5 %
I alt	100 %
N	39
Ændringer (slutskema – startskema)	
Forbedring	39 %
Uændret	44 %
Foringelse	17 %
I alt	100 %
N	23

Vi ser igen en stor spredning i besvarelserne om, hvor ofte deltagerne er i dårligt humør. Der er sket forbedringer for 39 % af deltagerne, mens kun 17 % har oplevet forringelser, og 44 % er uændrede.

FQ60 fungerer udmærket.

Ensomhed

Ensomhed er også belyst ved hjælp af 3 spørgsmål: FQ61, FQ62 og FQ63.

- Hvor ofte har du inden for den sidste uge følt dig ensom?
- Hvor længe ad gangen føler du dig sædvanligvis ensom?
- Hvor tit føler du dig ensom i 20 minutter eller mere på en dag?

FQ61 – Hvor ofte har du inden for den sidste uge følt dig ensom? Opstartsskemaer

Aldrig	59 %
Højst en gang	18 %
2-3 gange	13 %
3-6 gange	5 %
Dagligt	-
Uoplyst	5 %
I alt	100 %
N	39
Ændringer (slutskema – startskema)	
Forbedring	9 %
Uændret	78 %
Foringelse	13 %
I alt	100 %
N	23

Der er en stor gruppe på 59 %, som har svaret, at de ikke har følt sig ensomme i løbet af den sidste uge. Desuden er der 18 %, der har følt sig ensomme en enkelt gang. Men ingen har følt sig ensom dagligt. I løbet af projektet er der kun sket en forbedring for 9 % af deltagerne, mens kun 13 % har oplevet en forringelse, og hele 78 % er uændrede.

FQ58 fungerer udmærket. Man kan dog overveje om svarkategorien 'aldrig' skal erstattes med 'ingen', og 'højst en gang' skal erstattes med '1'.

FQ62 – Hvor længe ad gangen føler du dig sædvanligvis ensom? Opstartsskemaer

Overhovedet ikke	56 %
Kort tid	26 %
30 minutter	-
1 time	13 %
2 timer eller mere	-
Uoplyst	5 %
I alt	100 %
N	39

Ændringer (slutskema – startskema)	
Forbedring	13 %
Uændret	70 %
Foringelse	17 %
I alt	100 %
N	23

Mere end halvdelen af deltagerne føler sig ikke ensomme, og en fjerdedel er det kun i kort tid. Der er ikke sket nævneværdige ændringer i løbet af projektet, og 70 % er uændrede.

FQ62 fungerer udmærket. Man kan overveje at specificere svarkategorierne bedre, fx at kort tid er 'højest 15 minutter'.

FQ63 – Hvor tit føler du dig ensom i mindst 20 minutter eller mere på en dag? Opstartsskemaer

Aldrig	62 %
Højest en gang om måneden	18 %
1 gang om ugen	8 %
Flere gange om ugen	5 %
Dagligt	3 %
Uoplyst	5 %
I alt	100 %
N	39
Ændringer (slutskema – startskema)	
Forbedring	13 %
Uændret	70 %
Foringelse	17 %
I alt	100 %
N	23

Vi ser, at 62 % aldrig føler sig ensomme mere end 20 minutter, og 18 % gør det kun en gang om måneden. Der er ikke sket nævneværdige ændringer for deltagerne i projektperioden.

FQ63 fungerer udmærket.

6.4 Hvordan har Sunddialog-forløbet hjulpet?

I afslutningsskemaet er der stillet et spørgsmål om, hvordan deltagerne vurderer, at Sunddialogforløbet har hjulpet dem. Der er 21 af deltagerne, som har besvaret dette spørgsmål.

Procentdel, der har oplevet, at Sunddialog har hjulpet dem. Procent. Afslutningsskemaer

	Meget stor grad	Stor grad	Nogen grad	Lille grad	Slet ikke	I alt	N
En sundere livsstil generelt	43	29	24	-	5	100	21
Mindre træthed mv.	48	24	24	5	-	100	21
Bedre forhold til ordineret medicin	-	29	29	5	38	100	21
Større livskvalitet	38	33	19	10	-	100	21
Større social trivsel	43	33	19	5	-	100	21
Bedre kontakt til sundhedspersonalet	24	24	48	5	-	100	21
Større selvtillid	19	14	38	5	24	100	21
Større bevidsthed om egne ressourcer	29	14	48	10	-	100	21
Mere opbakning fra netværk	5	14	14	5	62	100	21
Bedre trivsel i familien	5	19	33	24	19	100	21
Færre bekymringer for helbred	14	29	38	10	10	100	21
Færre bekymringer for fremtid	5	24	33	5	33	100	21
Færre indlæggelsesdage	5	33	5	5	52	100	21
Færre sygedage	24	29	19	14	14	100	21
Bedre trivsel på arbejde	24	24	29	14	10	100	21
Større tilfredshed med fritid	19	38	38	5	-	100	21
Sundere kost (+ indsats)	26	37	32	-	5	100	19
Sundere kost (- indsats)	-	(100)	-	-	-	100	2
Mere motion (+ indsats)	6	6	19	13	56	100	16
Mere motion (- indsats)	-	(40)	(20)	-	(40)	100	5
Mindre stress (+ indsats)	-	(67)	-	-	(33)	100	3
Mindre stress (- indsats)	22	6	56	6	11	100	18
Mindre rygning (+ indsats)	(67)	-	(33)	-	-	100	3
Mindre rygning (- indsats)	11	22	50	6	11	100	18
Mindre alkohol (+ indsats)	-	(50)	-	(50)	-	100	2
Mindre alkohol (- indsats)	-	26	37	11	26	100	19
Tilfreds vægt (+ indsats)	(11)	(11)	(22)	-	(56)	100	9
Tilfreds vægt (- indsats)	-	(17)	-	(8)	(75)	100	12

(): Små tal.

