

SEPTEMBER 2018

MONITORERING AF SUNDHEDSFREMMENDE INDSATSER PÅ BOSTEDER



FORORD

Undersøgelsen er udarbejdet i et samarbejde mellem COWI (Marie-Louise Mølbak og Line Raahauge Hvass) og Statens Institut for Folkesundhed (Maj Britt Dahl Nielsen) for Hjerteforeningen med støtte fra Sundheds- og ældreministeriets aktivitetspulje.

Undersøgelsen har været fulgt af en følgegruppe nedsat af Hjerteforeningen bestående af Per Vendsborg (Psykiatrifonden), Mette Strunge Dubert (Socialstyrelsen), Peter Hjorth (Region Syddanmark), Mads Lind (Sundhedsstyrelsen), Tonie Rasmussen (Rundersdal kommune) og Anna Paldam Folker (Statens Institut for Folkesundhed).

Tak til alle medvirkende bosteder.

INDHOLD

1	Resumé og anbefalinger	1
2	Baggrund og formål	8
2.1	Formål	11
2.2	Læsevejledning	11
3	Metode og frafaldsanalyse	13
4	Karakteristika ved bostederne, deltagerne og beboerne	19
4.1	Typer af bosteder	19
4.2	Diagnosegrupper	20
4.3	Borgernes sundhedsadfærd	21
4.4	Deltagernes uddannelsesbaggrund	23
4.5	Kompetencer og viden	24
5	Prioritering og tilgang	27
6	Kost og fysisk aktivitet	35
6.1	Kost og ernæring	35
6.2	Fysisk aktivitet	39

7	Rygning	42
8	Alkohol og misbrug	48
9	Tandpleje, hygiejne, medicinering og sundhedstjek	53
10	Mental sundhed og trivsel	56
11	Barrierer og udfordringer	58
12	Bilag A	66

1 Resumé og anbefalinger

Denne rapport omfatter resultaterne af en landsdækkende surveyundersøgelse blandt regionale, kommunale og private bosteder for borgere med psykiske vanskeligheder, kognitive forstyrrelser og/eller udviklingsforstyrrelser. Surveyundersøgelsen er udarbejdet på baggrund af en kvalitativ interviewundersøgelse på fem bosteder og en række ekspertinterviews.

Formålet med undersøgelsen er at få viden om sundhedsfremmepraksis på de psykiatriske og de øvrige bosteder og undersøge sammenhænge mellem sundhedsfremme og pædagogisk praksis – herunder at afdække, hvordan sundhedsfremmepraksis kan forbedres, og hvilke muligheder der er for at udvikle sundhedsfremmende indsatser på bosteder.

Om undersøgelsen

Undersøgelsen omfatter besvarelser fra 276 ledere og 315 medarbejdere. Surveyundersøgelsen blev gennemført fra 4. maj til 11. juni 2018. Bostederne blev identificeret via Tilbudsportalen, og surveyet blev udsendt til bosteder, som var/er godkendt til borgere med psykiske vanskeligheder, kognitive forstyrrelser og/eller udviklingsforstyrrelser.

Vi sendte invitation til deltagelse i undersøgelsen til lederne på bostederne, som modtog et link til et ledersurvey og et medarbejdersurvey, som vi bad dem sende videre til deres medarbejdere. Mens flere medarbejdere fra de samme bosteder kunne besvare medarbejdersurveyet, var det kun muligt for én leder fra hvert bosted at besvare surveyet.

Hovedresultater

Halvdelen af bostederne har en sundhedspolitik – og over 90 % har en rygepolitik for medarbejderne

52 % af lederne svarer, at de selv har formuleret en sundhedspolitik, og 67 % af lederne vurderer, at sundhedspolitikken i meget høj grad eller i høj grad efterleveres. De kvalitative interview peger dog på, at der generelt er en skepsis over for betydningen af sundhedspolitikker, og at bostedernes arbejde med sundhedsfremme typisk sker som led i borgernes egne handleplaner.

At bostederne ikke har en generel sundhedspolitik udelukker ikke, at de har retningslinjer, politikker eller vejledninger på udvalgte områder. Langt størstedelen (97 %) af lederne svarer f.eks., at de har regler for rygning blandt personalet, og 77 % af lederne angiver, at de har en alkoholpolitik for beboernes alkoholindtag.

En stor del af medarbejderne og lederne vurderer, at rygning har en beroligende effekt, og at rygning er livskvalitet for borgerne

Analyserne peger på, at det både blandt ledere og medarbejdere er en udbredt holdning, at rygning har en beroligende effekt på borgerne, og at rygning er livskvalitet for borgerne. I alt svarer 35 % af lederne og 52 % af medarbejderne, at de er meget enige eller enige i, at rygning har en beroligende effekt, mens 32 % af lederne og 49 % af medarbejderne er meget enige eller enige i, at rygning er livskvalitet for borgerne. Denne holdning er især udbredt blandt sundhedspersonalet og på de psykiatriske bosteder.

Flere medarbejdere har en sundhedsfaglig baggrund på de psykiatriske bosteder sammenlignet med de øvrige bosteder

Analyserne viser, at flere medarbejdere og ledere på de psykiatriske bosteder har en sundhedsfaglig baggrund sammenlignet med de øvrige bosteder. Medarbejdernes faglige baggrund kan have betydning for deres holdninger, viden og kompetencer og dermed for rammerne for den sundhedsfremmende indsats.

Medarbejdere med en sundhedsfaglig baggrund vurderer oftere, at sundhedsfremme er en del af deres opgavebeskrivelse

Over halvdelen (62 %) af medarbejderne svarer, at de i høj eller meget høj grad prioriterer det sundhedsfremmende arbejde. Især medarbejdere med en sundhedsfaglig baggrund vurderer, at de prioriterer sundhedsfremme højt. Det kan hænge sammen med, at medarbejdere med en sundhedsfaglig baggrund oftere rapporterer, at sundhedsfremme er en del af deres opgavebeskrivelse. Her svarer 69 % af medarbejderne med en sundhedsfaglig baggrund, at sundhedsfremme i meget høj eller i høj grad er en del af deres opgavebeskrivelse, mens 45 % blandt de øvrige medarbejdere svarer, at sundhedsfremme i meget høj grad eller i høj grad er en del af deres opgavebeskrivelse. Det viser, at det sundhedsfaglige personale spiller en særlig rolle i forhold til den sundhedsfremmende indsats på bostederne.

Halvdelen af medarbejderne arbejder dagligt med kost og ernæring

Halvdelen af de adspurgte medarbejdere svarer, at de dagligt arbejder med kost og ernæring, mens 35 % svarer, at de dagligt arbejder med fysisk aktivitet.

Arbejdet med kost og ernæring og fysisk aktivitet er ikke kun begrænset til bostederne - dagcentre, væresteder og kommunens sundhedscenter er også vigtige aktører, og nogle bosteder har indgået samarbejde med lokale idrætsforeninger. Aktiviteterne omfatter både individuel vejledning, faste motionsaktiviteter på bostedet, fælles måltider m.m. Samtidigt viser de kvalitative interviews, at medarbejderne forsøger at integrere indsatsen i det daglige arbejde, f.eks. via kostvejledning i forbindelse med støtte til indkøb.

Hverdagsmestring og sociale kompetencer er de temaer, som medarbejderne arbejder hyppigst med

Analyserne viser, at 78 % af medarbejderne svarer, at de dagligt arbejder med hverdagsmestring, og 74 % svarer, at de dagligt arbejder med borgernes sociale kompetencer - de to temaer udgør hermed nogle af de områder, som medarbejderne hyppigst arbejder med. Det understreges også i de kvalitative interviews, som peger på, at arbejdet med rehabilitering og mestringsevne udgør en central kerneopgave for både ledere og medarbejdere.

Medarbejderne vurderer, at de har gode kompetencer til at motivere borgerne - men oplever samtidigt, at manglende motivation blandt borgerne udgør en væsentlig barriere for det sundhedsfremmende arbejde

I alt vurderer 59 % af medarbejderne, at de i meget høj grad eller i høj grad har kompetencer til at motivere borgerne, og 84 % svarer, at de arbejder med den motiverende samtale i deres arbejde med borgerne. Det kan derfor synes lidt paradoksalt, at 69 % af medarbejderne i meget høj grad eller i høj grad vurderer, at manglende motivation blandt borgerne i meget høj grad eller i høj grad udgør en barriere for det sundhedsfremmende arbejde. I de kvalitative interviews forklares dette med, at borgerne ofte har svære sociale og/eller helbreds-mæssige problemer, som gør det svært at finde overskud, ligesom at nogle borgere har svært ved at forstå konsekvenserne af deres handlinger. Det viser, at borgerne har særlige behov for hjælp og støtte. Samtidigt kan resultaterne også tyde på, at de valgte metoder til at motivere borgerne ikke fungerer i praksis, og/eller at der er behov for mere holistiske indsatser, der tager højde for borgernes øvrige udfordringer.

Medarbejdere og ledere har en bred og holistisk sundhedsforståelse

Analyserne viser tydeligt, at både medarbejdere og ledere har et bredt og holistisk syn på sundhed og sundhedsfremme. Det kommer bl.a. til udtryk ved, at 90 % af lederne og 89 % af medarbejderne i meget høj grad eller i høj grad er enige i, at der er en tæt sammenhæng mellem fysisk og mental sundhed, og at 98 % af både ledere og medarbejdere er meget enige eller enige i, at sundhedsfremme også handler om trivsel. Hvorvidt denne sundhedsforståelse rent faktisk

kommer til udtryk i arbejdet med beboerne, kan denne undersøgelse ikke svare på.

Medarbejderne oplever et dilemma i forhold til at respektere borgerens ret til selvbestemmelse

I alt svarer 52 % af medarbejderne og 34 % af lederne, at de i meget høj grad eller i høj grad oplever, at det er svært at hjælpe borgeren til et sundere liv og samtidigt respektere deres ret til selvbestemmelse. Dette kan udgøre en barriere for det sundhedsfremmende arbejde, fordi medarbejderne oplever, at det er svært at vurdere, hvornår og i hvilket omfang de skal blande sig i borgerens liv. Samtidigt oplever medarbejderne, at de har et ansvar for borgerens sundhed, bl.a. fordi borgerne er i særlig risiko for udvikling af livsstilsrelaterede sygdomme. Analyserne peger på, at det er vigtigt at adressere dette dilemma og hjælpe medarbejderne med at beherske metoder, som tager udgangspunkt i den enkelte borgers ønsker og præferencer. Dette er også i tråd med tidligere forskning, som viser, at psykiatribrugere efterspørger indsatser, som er baseret på en ligeværdig tilgang, hvor forventninger og agendaer afstemmes i en fælles dialog, hvor borgeren selv definerer, hvad det gode liv er for dem. Interviewene i denne undersøgelse viser også, at medarbejderne er meget bevidste om betydningen af relationen til borgeren, hvor flere af medarbejderne peger på, at relationen er helt afgørende for motivationsarbejdet.

Medarbejderne på de psykiatriske bosteder vurderer i højere grad, at borgerne har udfordringer i forhold til deres sundhedsadfærd

Vi har bedt medarbejderne vurdere, i hvor høj grad kost og ernæring, fysisk aktivitet, rygestop, alkohol, tandsundhed, mental sundhed og søvn udgør en udfordring for beboerne. Her finder vi, at medarbejderne fra de psykiatriske bosteder i højere grad end på de øvrige bosteder vurderer, at borgerne har udfordringer i forhold til fysisk aktivitet, rygestop, alkohol, tandsundhed, mentalt helbred og søvn.

Dette kan være udtryk for, at borgerne på de psykiatriske bosteder har en mere uhensigtsmæssig adfærd, og at der typisk er en tæt sammenhæng mellem psykiske vanskeligheder og udfordringer med søvn, alkohol og mentalt helbred m.m. Samtidigt kan tallene muligvis også dække over, at medarbejderne på de psykiatriske bosteder i højere grad er opmærksomme på borgernes sundhedsadfærd. Resultaterne giver dog indtryk af, at der særligt er behov for at igangsætte sundhedsfremmende tiltag på de psykiatriske bosteder.

Konklusion og anbefalinger

Det er vigtigt at tage med i betragtning, at de medarbejdere og ledere, der har valgt at deltage i denne undersøgelse, med stor sandsynlighed repræsenterer bosteder, som har en særlig interesse i at arbejde sundhedsfremmende. Det kan betyde, at resultaterne giver et mere positivt billede af bostedernes sundhedsfremmepraktis. Undersøgelsen tegner dog et tydeligt billede af, hvad den nuværende praksis er, hvordan den kan forbedres, og hvilke udfordringer ledere og medarbejdere oplever. På baggrund af analyserne anbefaler vi fremadrettet:

> **At der arbejdes frem mod en større systematik i det sundhedsfremmende arbejde**

Selvom ledere og medarbejdere selv vurderer, at de arbejder systematisk med sundhedsfremme, og godt halvdelen af bostederne selv har formuleret en sundhedspolitik, peger de kvalitative interviews på, at det sundhedsfremmende arbejde typisk er organiseret omkring den enkelte borgers handleplaner. Det betyder, at indsatserne bliver meget afhængige af den enkelte medarbejder og hans/hendes specifikke kompetencer og viden.

> **At der iværksættes sundhedsfremmeindsatser, som tager udgangspunkt i holistiske og medinddragende indsatser**

Medarbejdere og lederne har et bredt og holistisk syn på sundhed og sundhedsfremme med fokus på sammenhæng mellem fysisk og mental sundhed og trivsel. De kvalitative interviews viser også, at bosteder arbejder ud fra en rehabiliterende tilgang, hvor bl.a. hverdagsmestring danner grundlag for bostedernes indsatser. Vi anbefaler derfor, at fremtidige indsatser tager udgangspunkt i en bred sundhedsforståelse, som både sætter fokus på KRAM-faktorerne såvel som trivsel. Samtidig viser analyserne, at medarbejdere og ledere i høj grad oplever et dilemma med hensyn til at sikre borgernes ret til selvbestemmelse. Vi vurderer derfor, at indsatser, som lægger vægt på medinddragelse og ligeværdighed i relationen mellem de professionelle og borgerne, vil passe bedst til de grundlæggende værdier på bostederne og både fugte med den pædagogiske og sundhedsfaglige indsats.

Selvom surveyet peger på, at medarbejderne har en bred sundhedsforståelse, ved vi ikke, om denne forståelse også kommer til udtryk i det praktiske arbejde. I fremtidige analyser vil det derfor være nærliggende at studere det nærmere, f.eks. via observationsstudier, som kommer helt tæt på praksis, eller i form af interview med borgere for at belyse deres oplevelser.

> **At der sættes fokus på at styrke medarbejdernes kompetencer med henblik på at motivere borgerne med udgangspunkt i de strukturelle rammer på bostedet**

Selvom en forholdsvis stor andel af medarbejderne vurderer, at de i meget høj grad eller høj grad har kompetencer til at motivere borgerne, peger de samtidigt på, at manglende motivation blandt borgerne i meget høj grad er en udfordring. Resultaterne peger derfor på, at kompetenceudvikling af medarbejderne også bør fokusere på motivation og inddragelse af borgerne, f.eks. gennem en empowerment-inspireret tilgang.

Da tidligere forskning¹ peger på, at rammerne på bostederne i forhold til udbud af fysisk aktivitet og sund kost har betydning for borgernes sundhed, anbefaler vi, at fremtidige indsatser også har fokus på de strukturelle rammer.

> **At der sættes fokus på medarbejderne og ledernes holdning til og viden om rygning**

Analyserne peger på, at der både blandt ledere og medarbejdere er en udbredt holdning til, at rygning har en beroligende effekt på borgerne, og at rygning er livskvalitet for borgerne. Tidligere studier viser, at medarbejdere ofte undervurderer udsatte borgers ønske om rygestop. Vi vurderer, at resultaterne understreger, at der kan være et behov for at sætte fokus på medarbejdernes holdning til rygning blandt borgere på bosteder.

> **At der tages højde for medarbejderens forudsætninger for at arbejde med sundhedsfremme**

Det er ikke muligt på baggrund af nærværende undersøgelse at konkludere, om beboere med henholdsvis psykiske vanskeligheder og beboere med kognitive og udviklingsmæssige forstyrrelser har behov for forskellige typer sundhedsfremmende indsatser eller metoder. Der er to væsentlige læringspunkter fra analyserne i forhold til fremtidige indsatser. For det første vurderer medarbejderne fra de psykiatriske bosteder i højere grad, at beboerne her har en række udfordringer i forbindelse med deres sundhedsadfærd, f.eks. i forhold til fysisk aktivitet, søvn, tandsundhed, mental sundhed, rygestop og alkohol. For det andet er en større andel af medarbejderne fra de psykiatriske bosteder sundhedsuddannede, hvilket kan betyde, at de har nogle andre forudsætninger og prioriterer sundhed og sundhedsfremme. Fremtidig forskning på området kunne med fordel undersøge, hvorvidt det er muligt at udvikle eller implementere mere generiske sundhedsfremmende indsatser, eller om der er behov for at målrette indsatserne specifikt til beboere og medarbejdere på psykiatriske bosteder.

¹ Looijmans m.fl. (2017). Changing the obesogenic environment to improve cardiometabolic health in residential patients with a severe mental illness: Cluster randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 211(5).

> **At der er behov for yderligere forskning på området**

Vores viden om den sundhedsfremmende praksis på bostederne er stadig begrænset. Vi anbefaler derfor, at der gennemføres mere dybdegående, kvalitative analyser af bostedernes praksis – herunder observationsstudier og interviews med borgerne. Samtidigt mangler vi viden om, hvad der virker i forhold til målgruppen, da der er få studier, som har belyst effekten af indsatser målrettet borgere på bosteder. Viden om effekten bør dog også suppleres med forskning i feasibility og implementerbarhed på længere sigt.

2 Baggrund og formål

Danske og internationale studier viser, at der er en betydelig overdødelighed og sygelighed blandt mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Langt over halvdelen har flere somatiske sygdomme, og forekomsten af hjertekarsygdomme er markant højere end hos baggrundsbefolkningen². Der er flere grunde til denne oversygelighed. For det første har mennesker med psykiske lidelser oftere en usund livsstil, for det andet er visse psykofarmaka forbundet med en forøget risiko for overvægt, og for det tredje underdiagnosticeres og underbehandles mennesker med psykiske lidelser for somatiske sygdomme.

Et notat fra Socialstyrelsen peger på, at der er betydelig uklarhed om, hvem der har ansvaret for sundhedsfremmende indsatser blandt mennesker med psykisk sygdom³. Det er kommunerne, der har ansvaret for at etablere tilbud, men erfaringerne er, at der er stor forskel på praksis, ligesom der sjældent findes tilbud i sundhedscentre, som er målrettede – eller velegnede til – borgere med en psykisk sygdom.

Undersøgelser viser, at mennesker med psykisk sygdom i lige så høj grad som den øvrige befolkning er motiveret for livsstilsændringer. Det er dog ikke altid, at de professionelle har samme tiltro til borgerens evner til livsstilsændringer som borgeren selv. Det viser en undersøgelse af holdninger til socialt udsatte og rygning⁴.

Et nyere dansk studie baseret på kvalitative interview med brugere i psykiatrien viser, at brugerne foretrækker, at de professionelle drøfter forventninger, roller og agendaer med dem⁵. Brugere oplever sundhedsfremmeindsatserne som stigmatiserende, når der ikke tages højde for deres personlige præferencer og behov. Samtidigt oplever mange brugere, at sundhedsfremmeindsatser ofte bygger på en meget snæver sundhedsforståelse, hvor fokus primært er på efterlevelse af nationale anbefalinger. Dette fokus kan give anledning til at forstærke en oplevelse af skyld og skam, og brugerne efterspørger en bredere sundhedsforståelse, som tager udgangspunkt i den enkeltes oplevelse af det gode liv.

Forfatterne til ovennævnte undersøgelse konkluderer bl.a., at opbygning af tillid gennem øget fokus på relationsarbejde og en bredere forståelse af sundhed med fokus på det gode liv og betydningen af sociale relationer er helt centralt i det

² Statens Institut for Folkesundhedsvidenskab (2016). Notat til Sundhedsstyrelsen om overdødelighed blandt mennesker med psykiske lidelser. Syddansk Universitet.

³ Socialstyrelsen (2013). Det gør en forskel. Om livsstilsændringer i Socialpsykiatrien.

⁴ http://rogfrihed.dk/fileadmin/user_upload/roegfri/Holdningsundersogelse/rygning_er_deres_mindste_problemet.pdf

⁵ Pals, R.A.S. & A. N. Hempler (2018). How to achieve a collaborative in health promotion: preferences and ideas of users of mental health services. Scandinavian Journal of Caring Sciences.

sundhedsfremmende arbejde⁶. Disse resultater er i overensstemmelse med den definition og forståelse af sundhedsfremme, som tidligere blev formuleret i det såkaldte Ottawa Charter fra 1986:

Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being⁷.

Der er få studier, som specifikt ser på effekten af sundhedsfremmeindsatser målrettet borgere på bosteder. Ser man på studier af livsstilsinterventioner målrettet mennesker med alvorlige psykiske lidelser, er resultaterne blandede og ikke overvældende positive. Et systematisk review fra 2017⁸ viser, at kostvejledning har en effekt på vægttab for mennesker med alvorlig psykisk sygdom. Effekten var større, hvis vejledningen blev gennemført af en diætist. Derimod har træningsinterventioner kun vist beskedne resultater i forhold til at øge fysisk aktivitet, og der kan ikke påvises en effekt på mentalt helbred, BMI og vægt⁹. Samtidigt har et nyere stort dansk studie (CHANGE-studiet) heller ikke kunne påvise en effekt af en livsstilscoach for mennesker med skizofreni i forhold til ryge-stop, kropsvægt, taljemål, blodtryk, blodsukker, kondital, selv vurderet helbred eller livskvalitet.¹⁰ Flere af forfatterne peger på, at manglende motivation og manglende ressourcer er en stor udfordring for målgruppen. De nævnte studier og reviews har dog ikke haft specifikt fokus på de særlige rammer, der gør sig gældende på bosteder.

I Holland har forskere afprøvet en intervention målrettet medarbejdere på bosteder (residential facilities) for borgere med alvorlige psykiske sygdomme. Fokus var på de strukturelle rammer på bostedet – herunder at øge udbuddet af sund kost og stimulere til mere fysisk aktivitet gennem en lifestyle coach, som

⁶ Pals, R.A.S. & A. N. Hempler (2018). How to achieve a collaborative in health promotion: preferences and ideas of users of mental health services. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.

⁷ <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

⁸ Teasdale m.fl. (2017). Solving a weighty problem: systematic review and meta-analysis of nutrition interventions in severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 210, 110–118.

⁹ Pearsall et al (2014) Exercise therapy in adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*.

¹⁰ Speyer m.fl. (2016). The CHANGE trial: no superiority of lifestyle coaching plus care co-ordination plus treatment as usual compared to treatment as usual alone in reducing risk of cardiovascular disease in adults with schizophrenia spectrum disorders and abdominal obesity. *World Psychiatry*.

underviste medarbejderne. Forskerne fandt, at indsatsen havde en positiv effekt på livsvidde og graden af metabolisk syndrom blandt borgerne¹¹.

Sundhedsfremme på de danske bosteder

Ved kommunalreformen i 2007 overtog kommunerne ansvaret for botilbudsområdet fra de tidligere amter. Siden har kommunerne haft mulighed for løbende at oprette botilbud samt vælge at overtage botilbud fra regionerne.

Et botilbud er ikke en fast størrelse med et bestemt indhold, og der findes forskellige typer botilbud for voksne, hvor målgruppen for de enkelte tilbud er forskellig. Botilbud er oprettet enten efter servicelovens § 107/§ 108 (midlertidige/varige) eller efter almenboliglovens § 105 med støtte efter serviceloven. I princippet kan et botilbud efter serviceloven og efter almenboligloven indeholde den samme pædagogiske/praktiske støtte, men lovgrundlaget for tilbuddet er afgørende for en række forhold, f.eks. betaling for ophold i tilbuddet. Nærværende undersøgelse er ikke afgrænset nærmere i forhold til typen¹².

- > **Midlertidige botilbud** oprettet efter **servicelovens § 107**. Målgruppen er personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller til pleje eller som i en periode har behov for særlig behandlingsmæssig støtte, og personer med nedsat psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer, der har behov for pleje eller behandling, og som på grund af disse vanskeligheder ikke kan klare sig uden støtte.
- > **Længerevarende/varige botilbud** oprettet efter **servicelovens § 108**. Målgruppen er personer, som på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis.
- > Botilbud oprettet efter **almenboligloven**, hvor målgruppen er defineret i **lovens § 105**: Kommunen drager omsorg for, at der i nødvendigt omfang tilvejebringes ældreboliger, der kan udlejes til ældre og personer med handicap, som har særligt behov for sådanne boliger. Botilbud efter almenboligloven er også længerevarende/varige.

I Regeringens Udvalg for Psykiatri blev det vurderet, at der er et stort behov og potentiale for at arbejde sundhedsfremmende med personer med psykiske lidelser på bosteder¹³. Bostederne spiller en væsentlig rolle i forhold til at sikre sunde rammer og kunne støtte op om en sund livsstil. Personalet har ofte et indgående kendskab til beboerne og kan fungere som rollemodeller. En udfordring

¹¹ Looijmans m.fl. (2017). Changing the obesogenic environment to improve cardiometabolic health in residential patients with a severe mental illness: Cluster randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 211(5).

¹² <https://www.dukh.dk/viden-selvhaelp/vokseområdet/botilbud>.

¹³ Rapport fra regeringens udvalg om psykiatri (2013): En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser.

kan dog være, at sundhed og sundhedsfremme ikke opleves som en kerneopgave blandt medarbejderne og lederne.

2.1 Formål

Hjerteforeningen har ønsket en dybdegående monitorering af eksisterende sundhedsfremmende indsatser blandt bosteder, herunder hvordan der kan skabes sammenhæng mellem eksisterende pædagogisk praksis og sundhedsfremme. Mere specifik er formålet med monitoreringen:

- > At indsamle viden om, hvordan sundhedsfremmepraksis ser ud i dag på psykiatriske bosteder og bosteder for borgere med kognitive- og udviklingsforstyrrelser, og hvilken sammenhæng der er mellem sundhedsfremme og pædagogisk praksis.
- > At afdække, hvordan sundhedsfremmepraksis på bostederne kan forbedres, og hvilke muligheder der er for at udvikle indsatser på baggrund af eksisterende erfaringer.
- > At komme med konkrete anbefalinger til udvikling af sundhedsfremmende indsatser, og hvordan disse kan tænkes sammen med det eksisterende pædagogiske arbejde på bosteder.
- > At konklusionerne fra undersøgelsen af de sundhedsfremmende indsatser skal danne grundlag for at vurdere mulighederne for en større randomiseret undersøgelse med det overordnede mål at etablere og evaluere sundhedsfremmende indsatser på landets socialpsykiatriske bosteder.

2.2 Læsevejledning

Denne rapport er inddelt i følgende kapitler:

- **Kapitel 1** indeholder resume og rapportens anbefalinger
- **Kapitel 2** baggrund og formål
- **Kapitel 3** en gennemgang af undersøgelsens metode, hvem der har deltaget og frafaldsanalyse
- **Kapitel 4** indeholder en præsentation af type af bosteder og en analyse af undersøgelsens hovedresultater i forbindelse med medarbejdernes- og ledernes undersøgelser
- **Kapitel 5** gennemgang af medarbejdere og leders prioritering af sundhedsfremme i deres daglige arbejde
- **Kapitel 6-10** er en gennemgang, analyse og sammenligninger af besvarelserne relateret til hvert af de enkelte forebyggelses-/sundhedsfremmeområder
- **Kapitel 11** er en gennemgang af de overordnede barrierer for og udfordringer med at arbejde med sundhedsfremmende og forebyggende indsatser på bostederne.

Evalueringsrapporten indeholder desuden følgende bilag:

- **Bilag A** indeholder tabeller vedrørende borgernes sundhedsadfærd opgjort på hver enkelt forebyggelsesfaktor inklusiv forskelle mellem psykiatriske bosteder og øvrige bosteder.

3 Metode og frafaldsanalyse

I dette kapitel gennemgås undersøgelsens metode og frafaldsanalyse. Nærværende undersøgelse er en kvantitativ undersøgelse af bosteders sundhedsfremmende indsatser. Forud for undersøgelsen blev der gennemført en kvalitativ forundersøgelse bestående af ekspertinterviews og interviews med ledere og medarbejdere på udvalgte bosteder i Danmark.

Kvalitativ forundersøgelse

Formålet med forundersøgelsen var at kvalificere surveyundersøgelsen og sikre en grundig afklaring af feltet og målgruppen for surveyundersøgelsen. Mere specifikt skulle den kvalitative forundersøgelse give svar på:

- > Hvilke aktører skal surveyet rettes mod?
- > Hvordan skal surveyet distribueres?
- > Hvilke målgruppespecifikke overvejelser er vigtige at gøre sig i forbindelse med udarbejdelsen af surveyet?
- > Hvilke temaer er det relevant at spørge ind til, herunder risikofaktorer og typer af indsatser?

Forundersøgelsen omfattede to ekspertinterviews og interviews med fem bosteder. På bostederne interviewede vi en leder og udvalgte medarbejdere. Interviewene blev gennemført på baggrund af en semistruktureret interviewguide. Ekspertinterviewene blev gennemført telefonisk, mens de øvrige interview enten blev gennemført telefonisk eller face-to-face på bostedet. Følgende deltog i interviewene:

Ekspertinterviews

- > Tina Levysohn, Kommunernes Landsforening (KL)
- > Peter Hjort, SDU/psykiatrien i Region Syddanmark

Interviews med lederne på følgende bosteder:

- > Hulegården (Region Hovedstaden): Primært borgere med funktionsnedsættelse, §107 og 108.
- > Røde mellemvej (Københavns kommune): Bredt spekter af psykiatriske lidelser, §108
- > Gødvad Botilbud (Region Midtjylland): Borgere med autismspektrum, §107 og 108
- > Kollektivhuset (Københavns kommune): Skizofrene og affektive lidelser, ABL § 105
- > Ryesgade (Aalborg kommune): Blandende psykiatriske lidelse, ABL §105.

Kvantitativ survey

Bostederne blev udvalgt via et udtræk fra Tilbudsportalen. Tilbudsportalen indeholder kontaktoplysninger på ledere på alle godkendte bosteder i Danmark. Udvalgelsen skete på baggrund af information om målgruppen, som angav diagnosen. Mange af bostederne var godkendt til flere diagnoser. Bostederne blev udvalgt til undersøgelsen, hvis bostedet var godkendt til en af følgende diagnosegrupper:

- > Kognitive forstyrrelser (herunder demens, erhvervet hjerneskade, medfødt hjerneskade, udviklingshæmning, anden intellektuel/kognitiv forstyrrelse)
- > Psykiske vanskeligheder (herunder angst, depression, forandret virkelighedsopfattelse, personlighedsforstyrrelse, spiseforstyrrelse, tilknytningsforstyrrelse, stressbelastning, andre psykiske vanskeligheder)
- > Udviklingsforstyrrelse og andet (herunder opmærksomhedsforstyrrelse, autismspektrum, udviklingsforstyrrelse af tale og sprog, udviklingsforstyrrelse af skolefærdigheder, udviklingsforstyrrelse af sansemotoriske færdigheder, anden udviklingsforstyrrelse).

Derudover omfatter undersøgelsen forskellige typer af tilbud, herunder bosteder oprettet under serviceloven og almenboligloven. Tabel 1 viser, hvilke typer af botilbud undersøgelsen omfatter. Det skal bemærkes, at mange af bostederne består af en kombination, f.eks. er mange bosteder godkendt til midlertidige og længerevarende tilbud.

Tabel 1: Tilbudstyper

SERVICELOVEN	ALMENBOLIGLOVEN	SUNDHEDSLOVEN	LEJELOVEN
§ 32 - Særligt dagtilbud § 36 - Særligt klubtilbud § 66, stk. 1, nr. 5 - Soc.pæd. ophold Alm. § 66, stk. 1, nr. 6 - Døgninst. Alm. § 101 - Ambulant behandling § 101 - Døgnbehandling § 101 - Dagbehandlingstilbud § 103 - Beskyttet beskæftigelse § 104 - Aktivitet og Samvær; § 107 - Botilbud Midlertidigt § 108 - Botilbud Alm. § 110 - Herberg og forsorgshjem § 192 - Plejehjem	§ 3, stk. 2 og ABL § 5, stk. 3 - Bofællesskab § 5, stk. 2 - Almen plejebolig § 105, stk. 1 - Almen ældre-/handicapbolig § 105, stk. 2 - Almen ældre-/handicapbolig	§ 141 - Ambulant behandling § 141 - Dagbehandlingstilbud § 141 - Døgnbehandling	Botilbud

Udsendelse og udvikling af survey

Lederen på bostederne blev via en e-mail inviteret til at deltage i den elektroniske surveyundersøgelse. Lederne blev i deres invitation bedt om at videresende medarbejdersurveyet til deres medarbejdere via et elektronisk link. Det var således ledernes ansvar at videresende medarbejdersurveyet til medarbejderne, ligesom det var deres ansvar at rykke medarbejderne med hensyn til besvarelse.

Der blev i alt udsendt tre rykkere til lederne d. 22. maj, d. 30. maj og d. 5. juni 2018. Surveyet blev udsendt og administreret via surveyprogrammet Qualtrics.

Der blev udviklet to surveys til undersøgelsen - et til lederne og et til medarbejderne. Følgende temaer blev belyst i undersøgelsen: Baggrundsoplysninger om bostedet, aktiviteter og tilbud, som bostedet kan tilbyde deres beboere, kompetenceudvikling, holdning til sundhedsfremme, barrierer og dilemmaer for arbejdet med sundhedsfremme og viden om og aktivitet i forbindelse med kost, fysisk aktivitet, rygning, alkohol og misbrug.

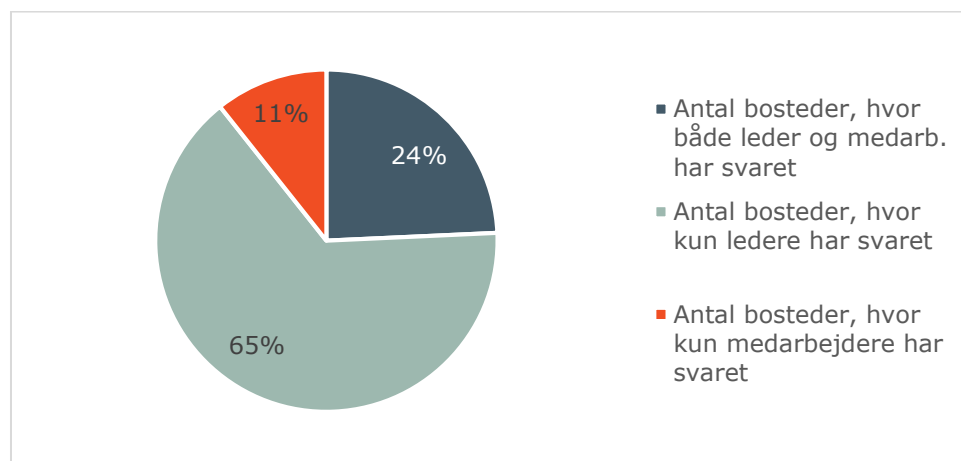
Ledernes survey fokuserede på faktuelle spørgsmål vedrørende sundhedsfremmeaktiviteter og politikker på bostedet, mens medarbejdernes survey i høj grad fokuserede på holdninger til og viden om sundhedsfremmende aktiviteter.

Deltagelse i surveyet

I alt blev 1.557 bosteder inviteret til at deltage i undersøgelsen. Heraf udgik 88 bosteder af undersøgelsen (35 bosteder svarede tilbage, at de ikke ønskede at deltage i undersøgelsen, og 53 havde ugyldige e-mailadresser). Som vist i Figur 1 valgte 11 % af lederne at videresende linket til medarbejdersurveyet til medarbejderne uden selv at besvare survey, mens der på 24 % af de deltagende bosteder både blev svaret på medarbejder- og ledersurveyet. På over halvdelen af bostederne (65 %) var det kun lederen, som besvarede surveyet.

Figur 1 og Tabel 2 viser, at leder- og medarbejderbesvarelserne ikke alle kommer fra det samme bosted. Fra tabellen kan det udledes, at der i alt indgår besvarelser fra 307 forskellige bosteder (75 bosteder, hvor både leder og medarbejder har svaret, 201 bosteder, hvor kun lederen har svaret, og 33 bosteder, hvor mindst en medarbejder har svaret).

Figur 1: Andel af bosteder, hvor ledere og medarbejdere har besvaret surveyet



Tabel 2: Antal besvarelser fordelt på bosteder, ledere og medarbejdere

	Antal bosteder	Antal ledere	Antal medarbejdere	Gns. medarbejdere	Antal medarbejdere pr. leder
Antal bosteder, hvor både leder og medarbejder har svaret	75	75	256	3,4	3,4
Antal bosteder, hvor kun ledere har svaret	201	201	-	-	-
Antal bosteder, hvor kun medarbejdere har svaret	33	-	60	1,8	-

Svarprocenter og frafaldsanalyse

Ud af 1.557 bosteder valgte 276 ledere at besvare ledersurveyet. Det giver en svarprocent på 18 %. I alt har 315 medarbejdere fra 207 forskellige bosteder svaret på medarbejdersurveyet (svarende til en svarprocent på 13 %, når vi udregner svarprocenten for deltagende bosteder). Der er dermed tale om en forholdsvis lav svarprocent, hvilket kan have betydning for undersøgelsens repræsentativitet.

Vi har kun begrænset mulighed for at gennemføre en frafaldsanalyse, da det ikke var muligt at udtrække information om diagnose m.m. fra Tilbudsportalen. Derfor er frafaldsanalysen begrænset til virksomhedsform, som vist i Tabel 3. Som det fremgår af tabellen, deltager en større andel af ledere blandt de regionale bosteder end blandt de kommunale og private bosteder. Forskellen er statistisk signifikant. Dette kan muligvis skyldes, at de specialiserede psykiatriske bosteder typisk er regionale. Samme mønster ser vi også for medarbejdersurveyet, som vist i Tabel 4.

Tabel 3: Andel af ledere fra private, kommunale og regionale bosteder, som indgår i ledersurveyet

	Privat/andet	Kommunalt	Regionalt	Total
Ikke svaret	487 (84 %)	760 (82 %)	34 (71 %)	1281 (82 %)
Svaret	90 (16 %)	172 (19 %)	14 (29 %)	276 (18 %)
I alt	577	932	48	1557

Kilde: Ledersurvey.

Note: Statistisk signifikant forskel.

Tabel 4: Andel af bosteder fra private, kommunale og regionale bosteder, som indgår i medarbejdersurveyet

	Privat/andet	Kommunalt	Regionalt	Total
Ikke svaret	552 (96 %)	875 (94 %)	39 (81 %)	1466 (94 %)
Svaret	25 (4 %)	57 (6 %)	9 (19 %)	91 (6 %)
I alt	577	932	48	1557

Kilde: Medarbejdersurvey.

Note: Statistisk signifikant forskel.

Styrker og svagheder ved det valgte design

Det er en styrke ved undersøgelsen, at vi har kombineret kvalitative og kvantitative metoder (survey og interview). Fordelen ved den kvalitative interviewmetode er, at den er velegnet til at opnå dybdegående viden om komplekse sociale fænomener, som f.eks. bostedernes sundhedsfremmepraksis, og til at belyse medarbejdernes holdninger og meninger. Her skal det bemærkes, at den kvalitative interviewundersøgelse bygger på forholdsvis få interviews. Vi har dog inkluderet meget forskellige bosteder for at få et så nuanceret billede af bostedernes sundhedsfremmeindsatser som muligt. Fordelen ved kvantitative surveymetoder er derimod, at det er muligt at udtale sig mere generelt på tværs af bosteder og sammenligne forskelle og ligheder ved forskellige typer af bosteder og medarbejdere, bl.a. fordi surveyet omfatter mange flere deltagere end i de kvalitative interviews.

De kvalitative interviews blev gennemført før udviklingen af surveyet. Resultaterne fra den kvalitative interviewundersøgelse blev bl.a. benyttet til at identificere relevante emner og spørgsmål og til at planlægge den praktiske gennemførelse. Dette er en klar styrke i forhold til at sikre relevansen af spørgsmålene. Ulempen er dog, at det ikke har været muligt at følge op på interessante fund i den kvantitative survey efterfølgende. Vi har dog, i det omfang det var muligt, trianguleret det kvalitative og det kvantitative datamateriale for styrke fortolkningen af de kvantitative analyser.

Der er særligt tre svagheder ved nærværende undersøgelsesdesign. For det første beror resultaterne udelukkende på informanternes/respondenternes egen fortolkning af deres praksis på området, hvorimod observationer af praksis, som

det foregår i en dagligdags setting, kan give et mere realistisk billede af den faktiske praksis. For det andet er det en svaghed, at vi ikke har interviews med borgerne på bostedet, da deres oplevelser ville have bidraget med den primære målgruppes oplevelser af sundhedsfremmeindsatsen.

For det tredje er den lave svarprocent en trussel for generaliserbarheden af resultaterne. En lav svarprocent er dog forventelig¹⁴, idet der er tale om en frivillig undersøgelse, som i høj grad afhænger af lederens interesse og tid til at deltage. Det betyder også, at de ledere, som valgte at besvare surveyet, må forventes at gøre en større indsats og være motiverede for sundhedsfremme. Dette skal tages med i betragtning ved fortolkning af undersøgelsens resultater, da resultaterne kan give indtryk af et mere positivt billede af f.eks. ledernes prioritering og af omfanget af sundhedsfremmeindsatser.

¹⁴Til sammenligning opnåede Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø en svarprocent på 43 % i 2014 i VAI-undersøgelsen, som er en surveyundersøgelse blandt et repræsentativt udsnit af danske virksomheder (blandt ledere og arbejdsmiljørepræsentanter).

4 Karakteristika ved bostederne, deltagerne og beboerne

I planlægningen af fremtidige sundhedsfremmeindsatser er det vigtigt at have et indgående kendskab til målgruppen – det gælder både borgerne, som udgør den primære målgruppe, og de ledere og medarbejdere, som er ansvarlige for at implementere og forankre indsatserne i praksis.

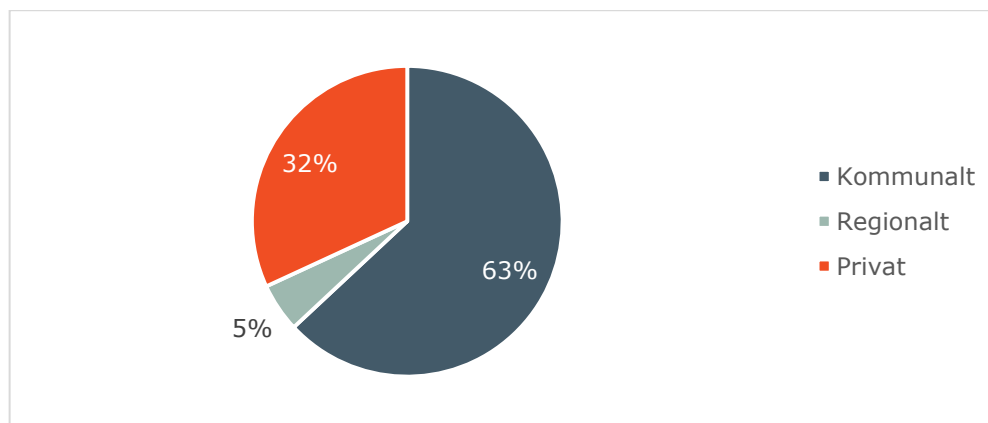
I denne undersøgelse har vi inkluderet en bred vifte af forskellige bosteder, bl.a. midlertidige og længevarende bosteder og bosteder oprettet efter almenboligloven (se mere i Tabel 1). Derudover har vi inkluderet bosteder målrettet borgere med psykiske vanskeligheder og kognitive forstyrrelser og/eller udviklingsforstyrrelser. Det giver os mulighed for at sammenligne sundhedsfremmeindsatserne på tværs af forskellige typer af bosteder og give et indblik i, hvilke forhold man skal tage højde for i forhold til de forskellige bosteder.

I dette kapitel præsenterer vi derfor karakteristika ved de deltagende bosteder og deres beboere, herunder andelen af private/offentlige bosteder, beboernes diagnoser og sundhedsadfærd og medarbejdernes og ledernes uddannelsesbaggrund.

4.1 Typer af bosteder

I alt besvarede 276 ledere ledersurveyet. Da kun én leder per bosted kunne besvare surveyet, repræsenterer lederne 276 forskellige bosteder. Af disse udgør 5 % regionale tilbud, 63 % kommunale tilbud og 32 % private tilbud, som vist i Figur 2.

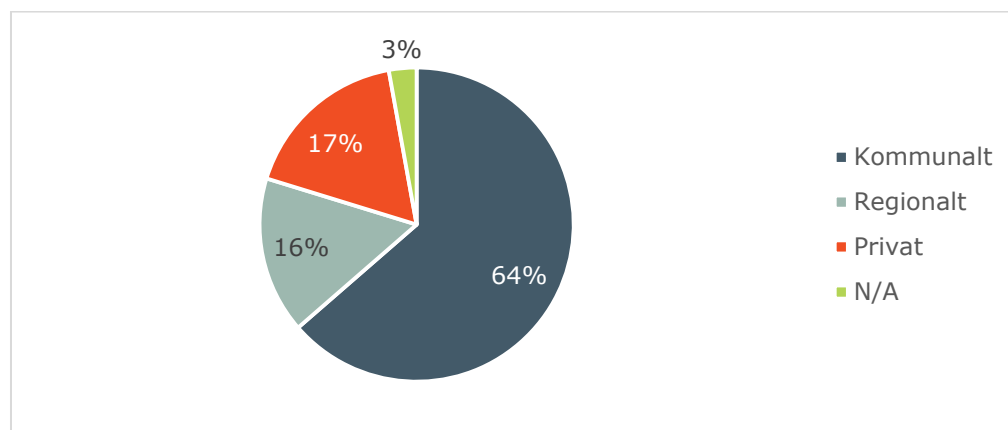
Figur 2: Andel af ledere fra kommunale, regionale og private bosteder (n=276)



Kilde: Data fra Tilbudsportalen vedr. virksomhedsform.

I alt besvarede 315 medarbejdere fra 207 forskellige bosteder medarbejdersurveyet. Fra hvert bosted svarede mellem 1-26 medarbejdere: 64 % af medarbejdere kom fra kommunale bosteder, 16 % fra regionale bosteder og 17 % fra private bosteder, mens det ikke var muligt at identificere virksomhedsform for ni (3 %) medarbejdere, som vist i Figur 3.

Figur 3: Andel af medarbejdere fra kommunale, regionale og private bosteder (n=315)



Kilde: Data fra Tilbudsportalen vedr. virksomhedsform kombineret med søgning på bostedernes hjemmesider.

Note: N/A angiver medarbejdere, hvor det ikke var muligt at identificere, hvilken type bosted de var ansat på.

4.2 Diagnosegrupper

Bostederne blev identificeret via Tilbudsportalen, og vi udsendte surveyet til bosteder, som var/er godkendt til borgere med psykiske vanskeligheder, kognitive forstyrrelser og/eller udviklingsforstyrrelser. For at kunne kategorisere bostederne har vi bedt lederne svare på spørgsmålet: *Hvilke(n) diagnosegruppe(r) tilhører borgerne på jeres bosted?* Her kunne lederne vælge følgende kategorier¹⁵:

- > **Psykiske vanskeligheder** (herunder angst, depression, forandret virkelighedsopfattelse, personlighedsforstyrrelse, spiseforstyrrelse, tilknytningsforstyrrelse, stressbelastning, andre psykiske vanskeligheder)
- > **Kognitive forstyrrelser** (herunder demens, erhvervet hjerneskade, medfødt hjerneskade, udviklingshæmning, anden intellektuel/kognitiv forstyrrelse)
- > **Udviklingsforstyrrelse** (herunder opmærksomhedsforstyrrelse, autismespektrum, udviklingsforstyrrelse af tale og sprog, udviklingsforstyrrelse af skolefærdigheder, udviklingsforstyrrelse af sansemotoriske færdigheder, anden udviklingsforstyrrelse)
- > **Andet**

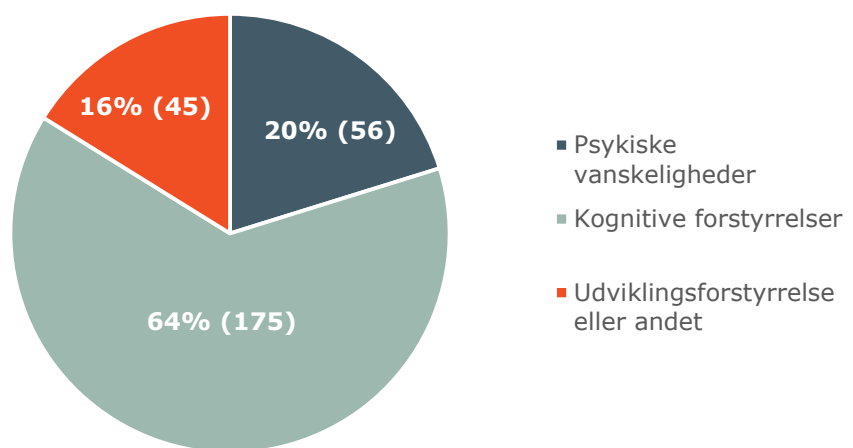
I alt svarer 70 % af lederne, at beboerne har en eller anden form for psykisk vanskelighed. Tallet dækker dog over, at beboerne ofte har flere diagnoser, eller at bostedet har beboere med forskellige diagnoser. I denne rapport har vi opdelt bostederne i psykiatriske og øvrige bosteder. De psykiatriske bosteder omfatter

¹⁵ Kategorierne afspejler klassificeringen på Tilbudsportalen.

de bosteder, hvor lederen kun har sat kryds i psykiske lidelser, men ikke kognitive forstyrrelser og/eller udviklingsforstyrrelser¹⁶.

Som vist i Figur 4, svarer 20 % af lederne, at beboerne kun har psykiske vanskeligheder, mens 64 % svarer, at beboerne har kognitive forstyrrelser (enten som den eneste diagnose eller i kombination med psykiske vanskeligheder og/eller udviklingsforstyrrelser). 16 % af bostederne svarer, at beboerne har udviklingsforstyrrelser og/eller psykiske vanskeligheder eller andet (men ikke kognitive udviklingsforstyrrelser).

Figur 4: Ledernes angivelse af diagnosegrupper på bostedet (n=276)



Kilde: Ledersurvey.

4.3 Borgernes sundhedsadfærd

I dette afsnit ser vi nærmere på medarbejdernes vurdering af beboernes sundhedsadfærd. Vi har spurgt medarbejderne, hvilke af følgende områder de vurderer udgør et problem/udfordring for borgerne på bostedet¹⁷:

- > Kost og ernæring
- > Fysisk aktivitet
- > Søvn
- > Tandsundhed

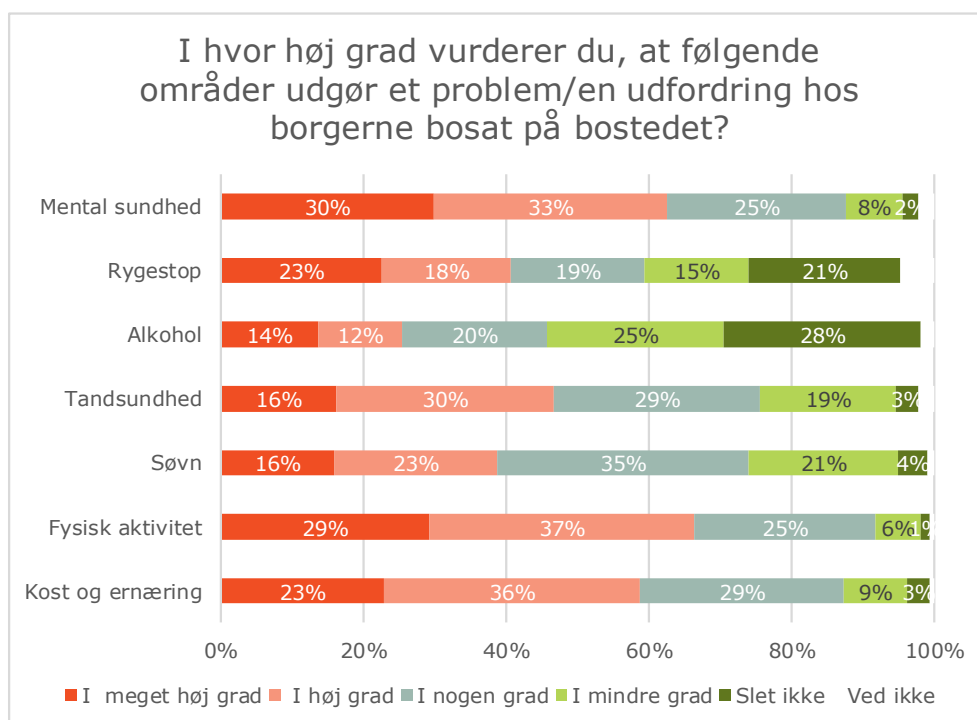
¹⁶ Kategorien omfatter også ledere, som både har sat kryds i psykiske vanskeligheder og andet. I en åben svarkategori har lederne skrevet, hvad andet dækker over. Da dette typisk har omfattet misbrugsproblemer, sociale problemer og lign., har vi også medtaget disse bosteder i kategorien psykiatriske bosteder.

¹⁷ Analyserne er baseret på spørgsmålet: *I hvor høj grad vurderer du, at følgende områder udgør et problem/udfordring for borgere bosat på bostedet?*

- > Mentalt helbred
- > Alkohol
- > Rygestop.

Figur 5 viser, i hvor høj grad medarbejderne vurderer, at de forskellige områder udgør en udfordring for borgerne på bostedet. Figuren viser helt overordnet, at medarbejderne især peger på, at fysisk aktivitet, kost og ernæring og mental sundhed udgør en udfordring. I alt svarer 63 %, at mental sundhed i meget høj grad eller i høj grad udgør en udfordring, mens 59 % svarer, at kost og ernæring i meget høj grad eller i høj grad udgør en udfordring, og 66 % svarer, at fysisk aktivitet i meget høj grad eller i høj grad udgør en udfordring.

Figur 5: Medarbejdernes vurdering af borgernes sundhedsudfordringer



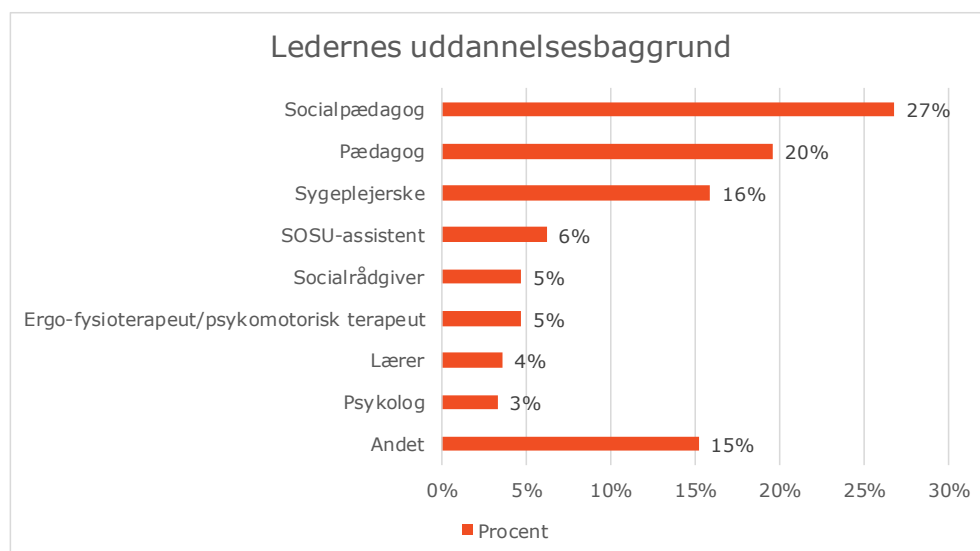
Kilde: Medarbejdersurvey (n=315).

Vi finder, at der er forskel på medarbejdernes vurderinger på de psykiatriske bosteder sammenlignet med de øvrige bosteder (med undtagelse af kost og ernæring). Medarbejderne på de psykiatriske bosteder vurderer i højere grad, at fysisk aktivitet, søvn, tandsundhed, mental sundhed, rygestop og alkohol udgør en udfordring for borgerne. I bilaget præsenterer vi medarbejdernes besvarelser fordelt på de psykiatriske og de øvrige bosteder (Tabel 15 til Tabel 21).

4.4 Deltagernes uddannelsesbaggrund

Figur 6 viser ledernes uddannelse. Som det fremgår af figuren, er 47 % af lederne pædagoger eller socialpædagoger (27 % socialpædagoger og 20 % pædagoger), mens 16 % er sygeplejerske. Vi finder derudover en højere andel af ledere med en sundhedsfaglig baggrund på de psykiatriske bosteder (57 %) sammenlignet med de øvrige (30 %) ¹⁸, som vist i Tabel 22 i bilaget.

Figur 6: Ledernes uddannelsesbaggrund

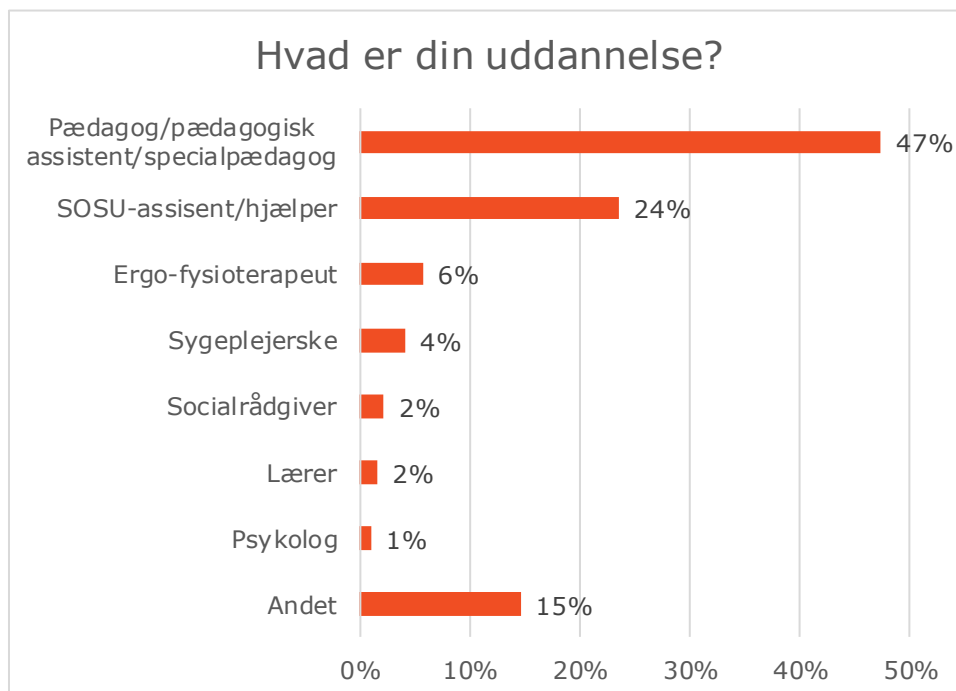


Kilde: Ledersurvey (n=276).

Størstedelen af medarbejderne er pædagog, pædagogisk assistent eller specialpædagog (47 %), mens 24 % er social-og sundhedsassistent (SOSU-assistent) eller social-og sundhedshjælper (SOSU-hjælper), som vist i Figur 7. De to grupper udgør de største faggrupper blandt medarbejderne. Vi finder, at der er flere medarbejdere med en sundhedsfaglig baggrund på de psykiatriske bosteder (56 %) sammenlignet med de øvrige bosteder (35 %), som vist i Tabel 23 i bilaget.

¹⁸ Følgende uddannelser indgår i kategorien *sundhedsfaglig uddannelse*: Ergoterapeut, fysioterapeut, psykolog, SOSU-assistent og sygeplejerske.

Figur 7: Medarbejdernes uddannelsesbaggrund



Kilde: Medarbejdersurvey (n=315).

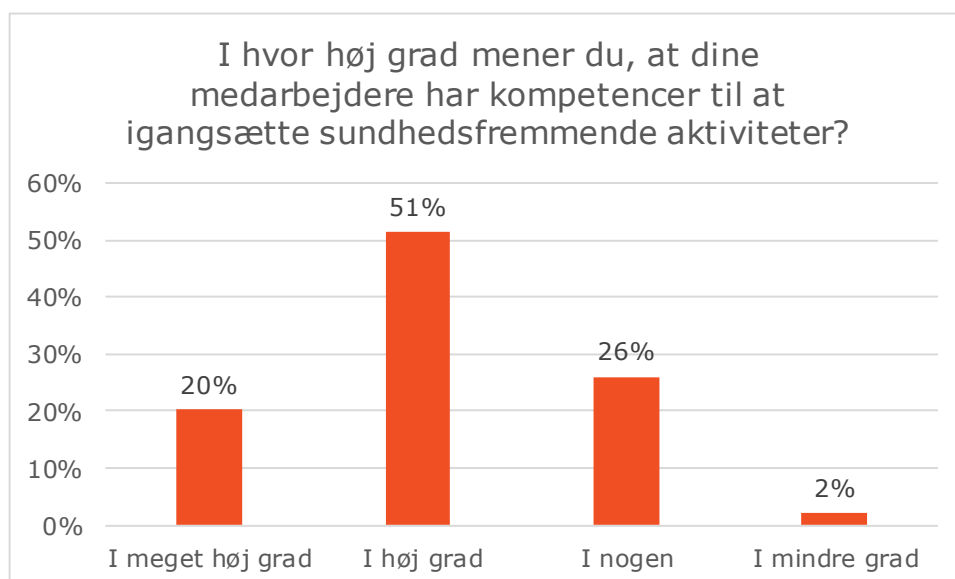
Forskellen i andelen af medarbejdere med en sundhedsfaglig baggrund på de forskellige bosteder kan være af betydning for fremtidige indsatser, da medarbejderne også er en vigtig målgruppe. Her er det nærliggende at forvente, at medarbejdere med en sundhedsfaglig baggrund - qua deres uddannelse - har andre forudsætninger for at implementere sundhedsfremmende indsatser end de øvrige medarbejdere. I rapporten belyser vi derfor betydningen af medarbejdernes uddannelsesbaggrund i udvalgte analyser.

4.5 Kompetencer og viden

I dette kapitel præsenterer vi lederne og medarbejdernes egen vurdering af deres kompetencer og viden om sundhedsfremme, deres deltagelse i kompetenceudvikling og deres vurdering af, om de mangler viden om sundhedsfremme.

Vi har bedt lederne vurdere, i hvor høj grad medarbejderne har kompetencer til at igangsætte sundhedsfremmende aktiviteter. Vi finder, at langt størstedelen (71 %) af lederne enten i meget høj grad eller i høj grad vurderer, at dette er tilfældet, som vist i Figur 8.

Figur 8: Ledernes vurdering af, i hvor høj grad de og deres medarbejdere har kompetencer til at igangsætte sundhedsfremmende aktiviteter (n=276)

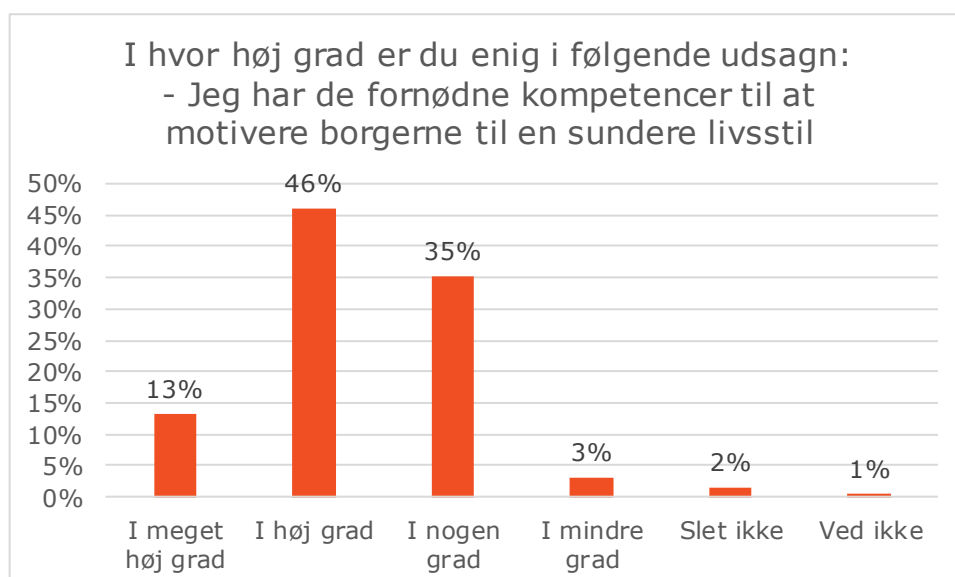


Kilde: Ledersurvey.

Note: Der er ingen statistisk signifikant forskel mellem de psykiatriske og de øvrige bosteder.

I alt har 21 % af medarbejderne deltaget i kompetenceudvikling vedrørende sundhedsfremme i løbet af det sidste år, og over halvdelen (59 %) af medarbejderne vurderer, at de i meget høj grad eller i høj grad har de fornødne kompetencer til at motivere borgerne, som vist i Figur 9. Medarbejdere med en sundhedsfaglig baggrund vurderer dog i højere grad, at de har de fornødne kompetencer til at motivere borgerne, som vist i Tabel 27 i bilaget.

Figur 9: Medarbejdernes vurdering af deres kompetencer til at motivere borgerne



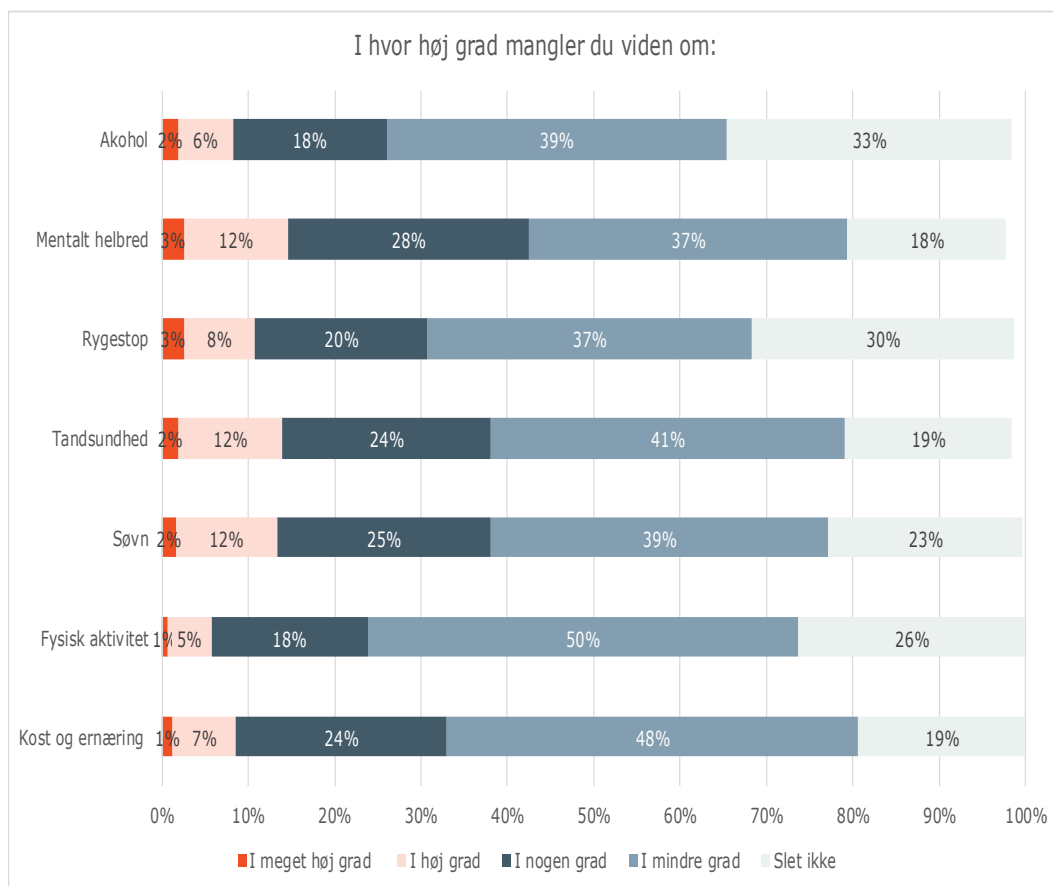
Kilde: Medarbejdersurvey.

Vi har bedt medarbejderne vurdere, i hvor høj grad de mangler viden inden for områderne:

- > Alkohol
- > Mentalt helbred
- > Rygetop
- > Tandsundhed
- > Søvn
- > Fysisk aktivitet
- > Kost og ernæring.

Som det fremgår af Figur 10, er der forholdsvis få medarbejdere, som svarer, at de i høj grad eller i meget høj grad mangler viden om de udvalgte områder. Alkohol er det område, som medarbejderne samlet vurderer, at de mangler mindst viden om. Her svarer 33 %, at de slet ikke mangler viden. Medarbejdere fra de psykiatriske bosteder vurderer i mindre grad at mangle viden, som vist i bilaget (Tabel 28 til Tabel 34).

Figur 10: Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad de mangler viden inden for udvalgte områder (n=315)



Kilde: Medarbejdersurvey. Medarbejdere, der har svaret *ved ikke*, er ikke vist med separat farve i figuren.

5 Prioritering og tilgang

I dette kapitel belyser vi bostedernes overordnede tilgang til sundhedsfremme, herunder om:

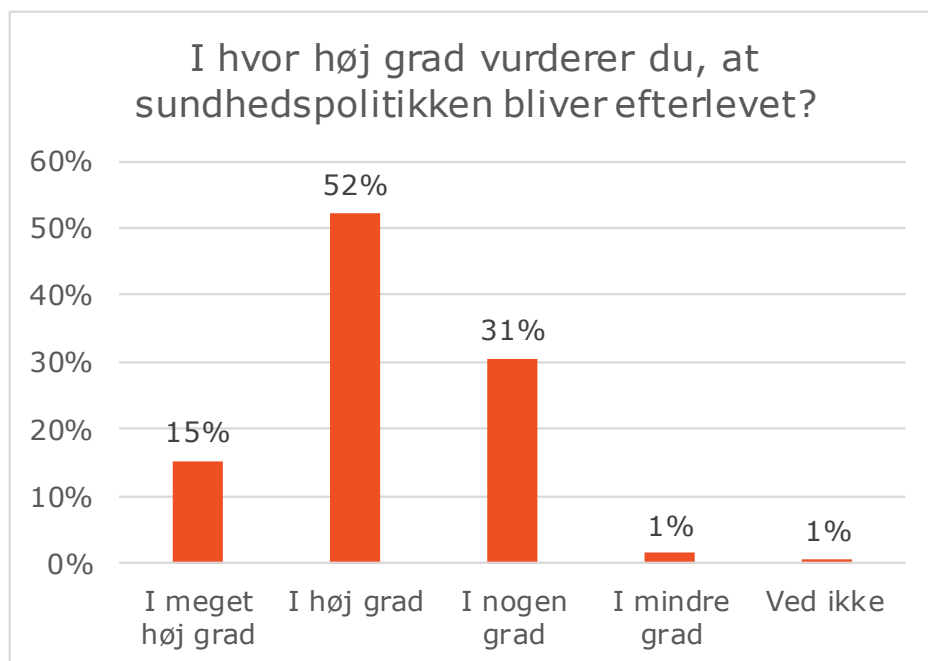
- > Bostederne har formuleret en sundhedspolitik, og i hvor høj grad den efterleves
- > Bostederne systematisk arbejder med og prioriterer sundhedsfremme
- > Sundhedsfremme er en del af ledernes og medarbejdernes opgavebeskrivelse
- > Medarbejderne anvender den motiverende samtale.

Sundhedspolitik og systematik i det sundhedsfremmende arbejde

Vi har spurgt lederne, om de selv har formuleret en sundhedspolitik på bostedet for deres arbejde med borgerne, og om de har specifikke politikker vedrørende rygning. Politikker vedrørende rygning er beskrevet i kapitel 7.

Analyserne viser, at lidt over halvdelen (52 %) af lederne svarer, at de har formuleret en sundhedspolitik for deres arbejde med borgerne (ikke vist i figur/tabel). Blandt de bosteder, der selv har formuleret en sundhedspolitik, vurderer 67 % af lederne, at politikken i meget høj grad eller i høj grad efterleves, som vist i Figur 11.

Figur 11: Lederne vurdering af, i hvor høj grad sundhedspolitikken efterleves (n=276)



Kilde: Ledersurvey.

Note: Der er ingen statistisk signifikant forskel på de psykiatriske og de øvrige bosteder.

Selvom bostederne ikke selv har formuleret en sundhedspolitik for deres arbejde med borgerne, så kan regionens eller kommunens sundhedspolitik godt omfatte bostederne. Samtidigt peger de kvalitative interviews på, at selvom bostedet

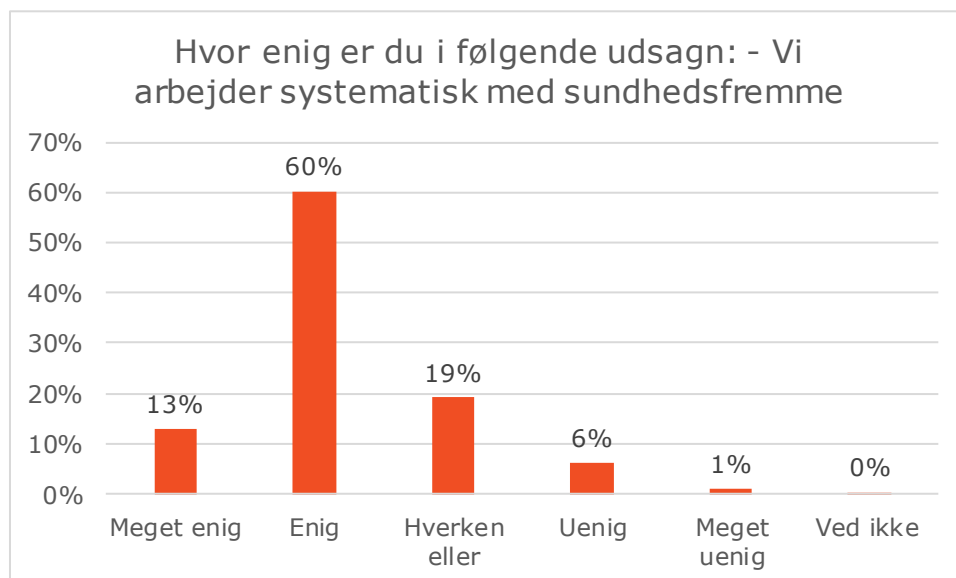
ikke har en samlet sundhedspolitik, så kan de godt have mere specifikke politikker og/eller vejledninger for udvalgte områder, f.eks. rygning som beskrevet i kapitel 7.

De kvalitative interview peger dog på, at der blandt både ledere og medarbejdere er en generel opfattelse af, at en sundhedspolitik ikke i sig selv giver bedre sundhed for borgerne – hvis den ikke efterleves i praksis. Denne holdning afspejler også en generel skepsis over for politikker og retningslinjer, hvilket kan være en barriere for en mere systematisk tilgang. Det understreges også i interviewene, som viser, at sundhedsfremmeindsatsen typisk tilrettelægges individuelt for den enkelte borger, f.eks. gennem borgerens handleplan.

“Vi har overordnet en sundhedspolitik – det er kommunens politik. Den har ikke betydning i det daglige. Det [sundhedsfremme] er en integreret del af de problemstillinger, beboerne har. Men som personale må man ikke købe alkohol og cigaretter til beboerne – det har vi vedtaget. Vi må ikke ryge i arbejdstiden.” (Interview, bosted)

Langt de fleste ledere (73 %) er dog meget enige eller enige i, at de arbejder systematisk med sundhedsfremme på bostedet, som vist i Figur . Til sammenligning viser Figur 12, at 55 % af medarbejderne svarer, at de i meget høj grad eller i høj grad arbejder systematisk med sundhedsfremme.

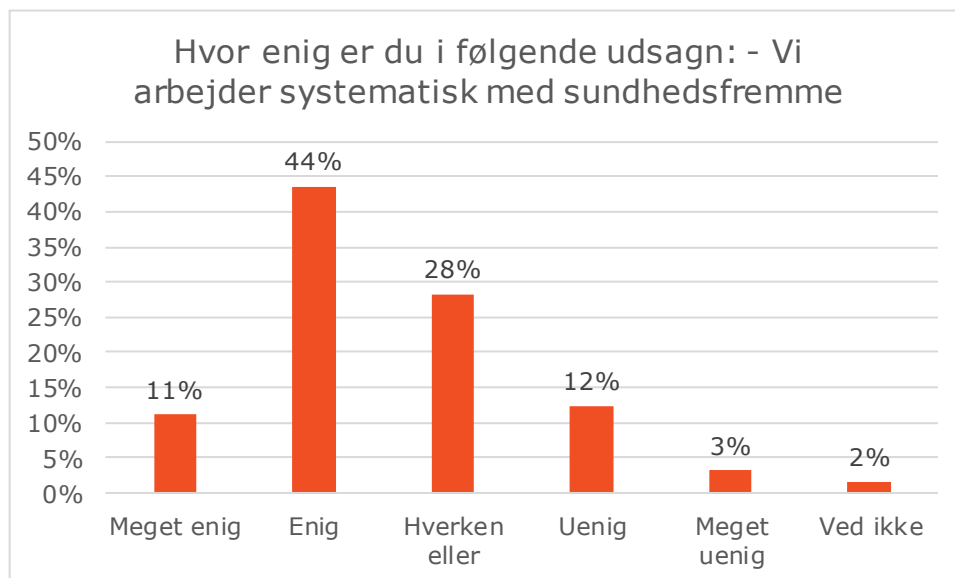
Figur : Ledernes vurdering af, i hvor høj grad de arbejder systematisk med sundhedsfremme (n=276)



Kilde: Ledersurvey.

Note: Der er ingen statistisk signifikant forskel på de psykiatriske og de øvrige bosteder.

Figur 12: Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad de arbejder systematisk med sundhedsfremme (n=315)



Kilde: Medarbejdersurvey.

Note: Der er ingen statistisk signifikant forskel på de psykiatriske og de øvrige bosteder.

I tolkningen af resultaterne er det selvfølgelig vigtigt, hvad medarbejdere og ledere forstår ved en systematisk indsats. Det er svært på baggrund af denne undersøgelse at komme denne forståelse nærmere. De kvalitative interviews peger dog på, at sundhedsfremme typisk er integreret i arbejdet med borgerne gennem borgerens handle- eller udviklingsplaner m.m.

Borgerens handleplan

Borgere, som opholder sig på et bosted, skal have udarbejdet en handleplan, som angiver formålet med indsatsen, hvilke indsatser der er nødvendige for at opnå formålet, den forventede varighed af indsatsen og andre forhold. Handleplanen skal, så vidt muligt, udarbejdes sammen med borgeren og skal løbende følges op. Derudover har borgerne ofte også en pædagogisk handleplan, som skal afklare det konkrete indhold i det daglige samarbejde mellem borgere og hjælpepersoner, og hvordan hjælpen skal tilrettelægges.

www.dukh.dk

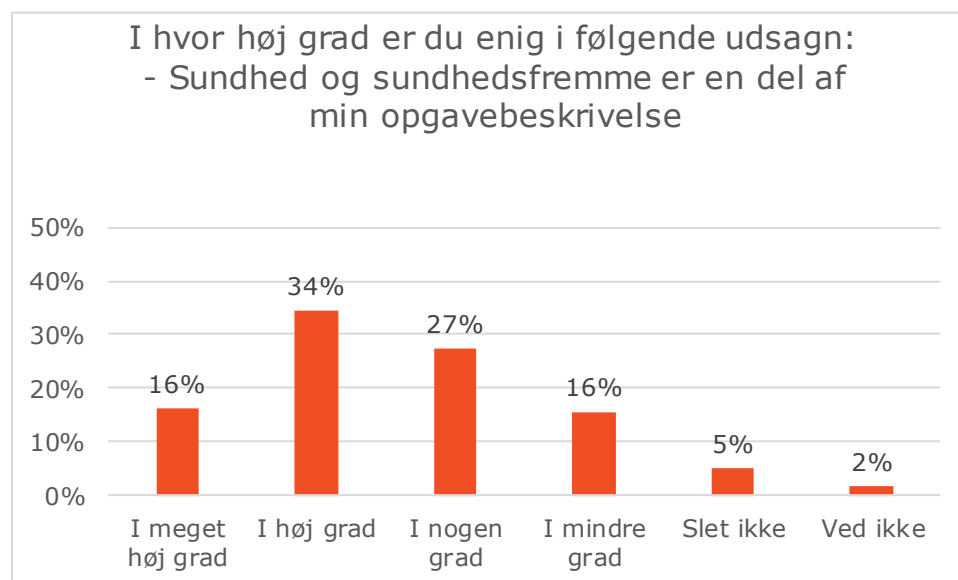
Der ligger selvfølgelig en vis systematik i denne tilgang i og med, at medarbejderne systematisk følger op på planerne, og fordi handleplanerne udarbejdes for alle borgere. Her kan dog argumenteres for, at der er tale om en mere individuel tilgang, som også afhænger af den enkelte medarbejders og borgers motivation, viden og holdninger. Hermed ikke sagt, at bostederne ikke arbejder mere strukturelt med rammerne for sundhedsfremme. De konkrete indsatser og tiltag vedrørende kost, ernæring, fysisk aktivitet m.m. beskrives mere udførligt i de næste kapitler.

Prioritering

I dette afsnit ser vi nærmere på, i hvor høj grad sundhedsfremme er en del af ledernes og medarbejdernes opgavebeskrivelse, og i hvor høj grad de prioriterer sundhedsfremme. Analyserne viser, at langt størstedelen af lederne (89 %) svarer, at sundhedsfremmende aktiviteter er en del af deres og medarbejdernes opgavebeskrivelse (lederne kunne svare ja/nej/ved ikke)¹⁹.

Som vist i Figur 13 svarer 50 % af medarbejderne, at de i meget høj grad eller i høj grad er enige i, at sundhed og sundhedsfremme er en del af deres opgavebeskrivelse. Derudover viser Figur 14, at 62 % af medarbejderne i meget høj grad eller i høj grad prioriterer sundhed og sundhedsfremme. Det gælder især de sundhedsfaglige medarbejdere, som i højere grad vurderer, at sundhed og sundhedsfremme er en del af deres opgavebeskrivelse (se Tabel 24 i bilaget), og at de i højere grad prioriterer sundhedsfremme (se Tabel 25 i bilaget).

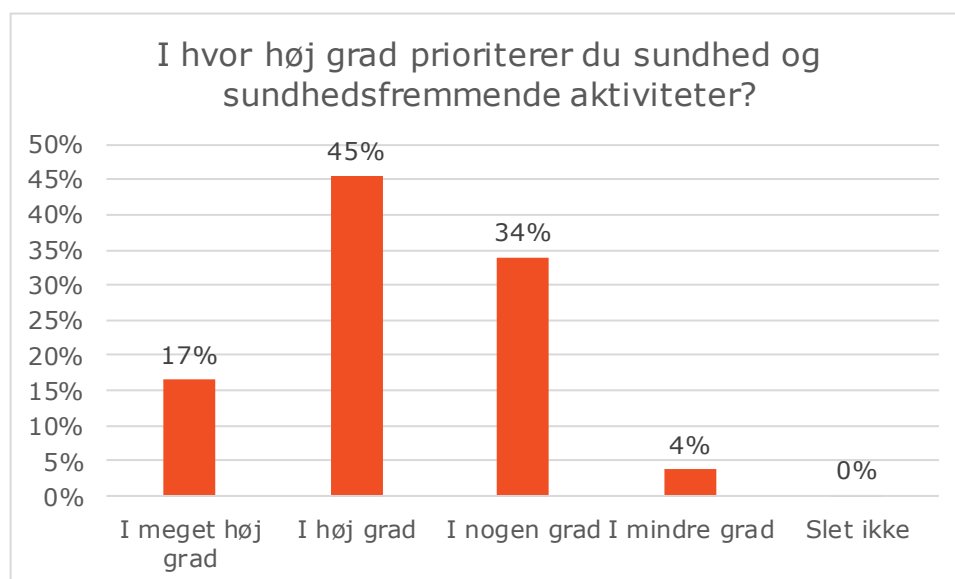
Figur 13: Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad sundhed og sundhedsfremme er del af deres opgavebeskrivelse (n=276)



Kilde: Medarbejdersurvey.

¹⁹ Lederne er blevet spurgt: *Er sundhedsfremmende aktiviteter en del af din og medarbejdernes opgavebeskrivelse?*

Figur 14: Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad de prioriterer sundhed og sundhedsfremmende aktiviteter (n=276)



Kilde: Medarbejdersurvey.

De kvalitative interview peger også på, at både medarbejdere og ledere har stor forståelse af vigtigheden af sundhed og sundhedsfremme, og at de er meget opmærksomme på, at netop deres borgere har særlige udfordringer og et særligt behov for støtte. De vurderer også, at de som personale har et stort ansvar.

”Sundhed er en integreret del af vores indsats– det er vores ansvar at formidle sundhed. Ja, jeg synes, vi prioriterer det højt for at reducere følgevirkninger.” (Interview, bosted)

Samtidig har bostederne også en lang række andre opgaver, som også skal prioriteres, og som derfor kan betyde, at sundhed ikke prioriteres højest. Bostederne fremhæver selv, at deres primære opgaver ligger i rehabilitering, herunder opgaver relateret til mestring af hverdagen (dette beskrives nærmere i kapitel 10)

”Vores primære opgave er at hjælpe borgeren med at blive så selvstændig som muligt.” (Interview, bosted)

Der er dog ikke en direkte modsætning mellem de to opgaver, idet sundhedsfremme også kan være en integreret del af arbejdet med hverdagsmestring, f.eks. i forhold til egenomsorg eller hjælp til at handle ind og lave mad (dette beskrives nærmere i kapitel 6).

"Alle medarbejdere er involveret i arbejdet med sundhed. Det er en integreret del af vores indsats. Vi er meget opmærksomme på det, fordi vi ved, brug af psykofarmaka reducerer deres sundhed, bl.a. på grund af øget risiko for overvægt, og det gør, at vi er meget påpasselige. Vi har nogle stykker med diabetes. Det er en naturlig del af at være kontaktperson, at man kommer hele vejen rundt om den enkelte borger." (Interview, bosted)

De kvalitative interviews indikerer også, at de risikobaserede tilsyn, som gennemføres af Styrelsen fra Patientsikkerhed (første gang i 2017), har skærpet bostedernes fokus på sundhed og sundhedsfremme. Interviewene peger også på, at nogle af bostederne oplever, at der er store kulturforskelle mellem den mere behandlingsorienterede sundhedsindsats og den socialpædagogiske tilgang i bostederne:

"Socialpædagogikken er jo båret af en humanistisk tilgang. Når vi skal være en del af sundhedsområdet, så møder vi en mere positivistisk tilgang. Så clasher vores to verdener. Det er jo ikke dårligt, at de [Styrelsen fra Patientsikkerhed] kommer, men vi skal finde en fælles faglig platform." (Interview, bosted).

Denne oplevelse fremgår også af erfaringerne fra de risikobaserede tilsyn fra 2017. Her vurderer Styrelsen for patientsikkerhed, at:

"Tilsynene bar præg af, at bosteder traditionelt ikke opfatter sig som behandlingssteder i sundhedsfaglig forstand, på trods af at der foregår sundhedsfaglig behandling, herunder medicinering, af mange beboere på landets bosteder. Mange ansatte på bostederne har en pædagogfaglig baggrund og er ikke nødvendigvis vant til at arbejde med sundhedsfaglig behandling²⁰."

Brug af den motiverende samtale

Langt størstedelen af medarbejderne (84 %) bruger den motiverende samtale i arbejdet med borgerne. Der er ikke forskel på, hvor ofte de sundhedsfaglige og de ikke-sundhedsfaglige medarbejdere benytter den motiverende samtale, som vist i Tabel 26. Det er måske lidt overraskende, men viser, at metoden er meget udbredt blandt alle personalegrupper. Præcis hvordan og i hvilken form medarbejderne benytter den motiverende samtale kan denne undersøgelse ikke uddybe nærmere. Det er dog interessant, at en stor del af medarbejderne oplever, at det at motivere borgerne er en barriere i det sundhedsfremmende arbejde, som beskrevet i kapitel 11. Brugen af den motiverende samtale kan derfor også være et udtryk for, at denne metode netop har vundet indpas, fordi manglende motivation opleves som en central barriere. På den anden side kan

²⁰ Styrelsen for patientsikkerhed (2018). Bosteder. Erfaringsopsamling fra det risikobaserede tilsyn 2017.

det muligvis afspejle, at den motiverende samtale er mindre anvendelig i forhold til målgruppen. Det er ikke muligt i denne undersøgelse, at komme nærmere en forklaring, men resultaterne understreger, at det vil være relevant at belyse medarbejdernes motivationsarbejde mere dybdegående.

Sundhedsforståelse

Som beskrevet i baggrundsafsnittet efterspørger brugere i psykiatrien ofte en bredere sundhedsforståelse. Ledernes og medarbejderens forståelse af sundhed, og hvad sundhed er, kan have stor betydning for deres tilgang, og for hvordan indsatsen modtages af borgerne. For at måle ledernes og medarbejdernes forståelse af sundhed og sundhedsfremme har vi bedt dem forholde sig til to spørgsmål: *Hvor enig er du i følgende udsagn: (1) Der er en tæt sammenhæng med borgerens psykiske og fysiske sundhed, (2) Sundhedsfremme handler også om trivsel.* Her tolker vi, at en høj grad af enighed kan tolkes som en bred sundhedsforståelse.

Analyserne viser, at langt størstedelen af både ledere (90 %) og medarbejdere (89 %) er meget enige eller enige i, at der er en tæt sammenhæng mellem borgerens fysiske og mentale sundhed (tal ikke vist i figur/tabel).

Analyserne viser også, at 98 % af både medarbejdere og ledere er meget enige eller enige i, at sundhedsfremme også handler om trivsel (tal ikke vist i figur/tabel). Vi kan på den baggrund konkludere, at bostederne arbejder ud fra en bred sundhedsforståelse. Dette resultat er også i overensstemmelse med erfaringerne fra de kvalitative interviews:

"Vi er meget optagede af sundhed. Fysisk sundhed påvirker jo også den psykiske sundhed." (Interview, bosted)

De kvalitative interviews peger dog også på, at der helt overordnet kan være store forskelle på, hvad der – for medarbejderne – er et sundt liv.

"Personalet kan godt have forskellige holdninger til sundhedsfremme – men der er ikke diskussioner om, hvad der er godt eller skidt. Det er ikke et problem her. Men der kan godt være forskellige holdninger til en enkelt borgers sundhed." (Interview, bosted)

Det kan resultere i, at medarbejderne har forskellige tilgange til det sundhedsfremmende arbejde, og der ikke er en samlet retning og holdning. I kapitlet vedrørende kost og fysisk aktivitet har vi derfor også kvantitativt belyst, i hvilket omfang medarbejderne oplever, at der er forskellige holdninger til, hvad sund kost og fysisk aktivitet er.

"Dét, der sker, er, at vi har hver vores definition af, hvad der er sundt for mig. Vi prøver at løfte det lidt op, så vi også kan se på det med mere professionelle øjne. Det er noget med at prøve at få lidt mere retning på. Det er jo også overgreb på borgerne, fordi personalet har forskellige tilgange og holdninger til, hvad sundhed er." (Interview, bosted)

Hvorvidt den brede sundhedsforståelse rent faktisk kommer til udtryk i arbejdet med borgerne er uvist. I fremtidige analyser vil det derfor være nærliggende at studere praksis nærmere, f.eks. via observationsstudier, som kommer helt tæt på praksis, eller i form af interview med borgere for at belyse deres oplevelser.

6 Kost og fysisk aktivitet

Både kost og ernæring og fysisk aktivitet var to af de områder, som medarbejderne hyppigst oplevede, at borgerne havde udfordringer med (som beskrevet i afsnit 4.3). I dette kapitel præsenterer vi bostedernes aktiviteter vedrørende kost og ernæring samt fysisk aktivitet, herunder:

- > Om bostederne tilbyder borgerne kostvejledning
- > Hvor ofte medarbejderne arbejder med kost og ernæring samt fysisk aktivitet
- > I hvor høj grad medarbejderne oplever, at de har en fælles forståelse af, hvad sund kost og fysisk aktivitet er
- > Om medarbejderne kender de officielle anbefalinger for kost og fysisk aktivitet
- > Ledernes vurdering af, hvor ofte borgerne er fysisk aktive mindst en halv time om dagen.

Vi starter med at præsentere resultaterne vedrørende kost og ernæring efterfulgt af resultaterne vedrørende fysisk aktivitet.

6.1 Kost og ernæring

De kvalitative interviews peger på, at kost og ernæring er et af de områder, som bostederne oplever kan være en udfordring at arbejde med. Der er dog ikke enighed blandt informanterne om, hvorvidt medarbejderne mangler viden, som illustreret i de to nedenstående citater²¹.

"Det halter i forhold til kost. Det er ikke alle, som har viden om dette. Alle burde jo f.eks. kende Sundhedsstyrelsen anbefalinger. De gør de ikke. Vi har uens viden på områderne." (Interview, bosted)

"Jeg synes, vi har kompetencer og viden...(...)... men der er kulturelle forskelle på, hvad man godt kan lide. Som personale har vi forskellige holdninger til, hvad sund kost er." (Interview, bosted)

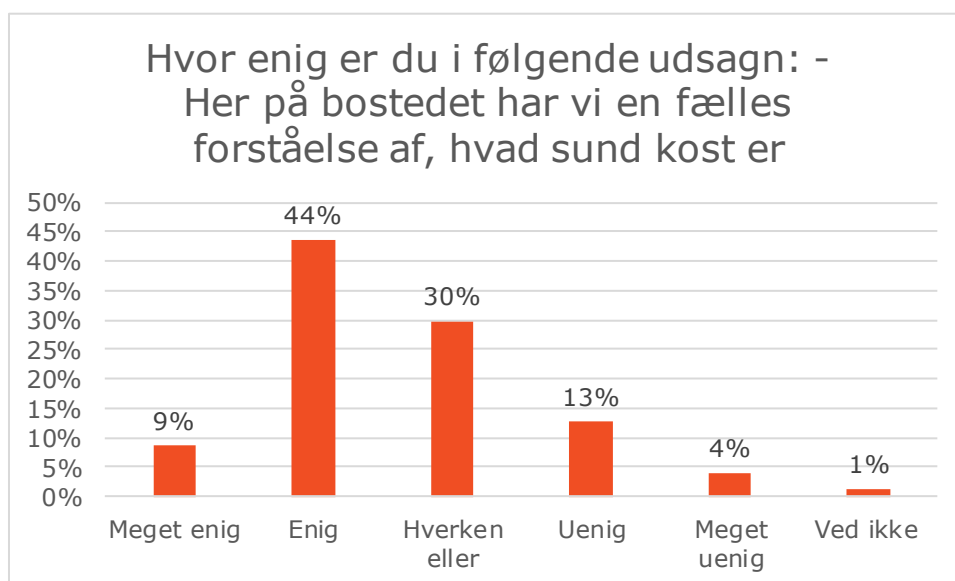
De kvalitative interview peger også på, at kost og ernæring er et område, som medarbejderne kan have meget stærke holdninger til:

²¹ Samtidigt peger den kvantitative survey på, at det kun er 8 %, af medarbejderne, der i meget høj grad eller i høj grad oplever, at de mangler viden om kost og ernæring (som beskrevet i kapitlet vedr. Kompetencer og viden).

"Min oplevelse er, at det er delte vande, når det kommer til kost, og der kan komme ophedede diskussioner." (Interview, bosted)

I den kvantitative survey har vi derfor også bedt medarbejderne svare på, hvor enige de er i udsagnet: *Her på bostedet har vi en fælles forståelse af, hvad sund kost er*. Resultaterne (vist i Figur 15) peger dog på, at over halvdelen (52 %) vurderer, at de er meget enige eller enige i, at de på bostedet har en fælles forståelse af, hvad sund kost er). 90 % af medarbejderne svarer, at de kender de officielle anbefalinger vedrørende kost (tal ikke vist i tabel).

Figur 15: Medarbejdernes vurdering af, hvor enige de er i, at de på bostedet har en fælles forståelse af, hvad sund kost er (n=315)

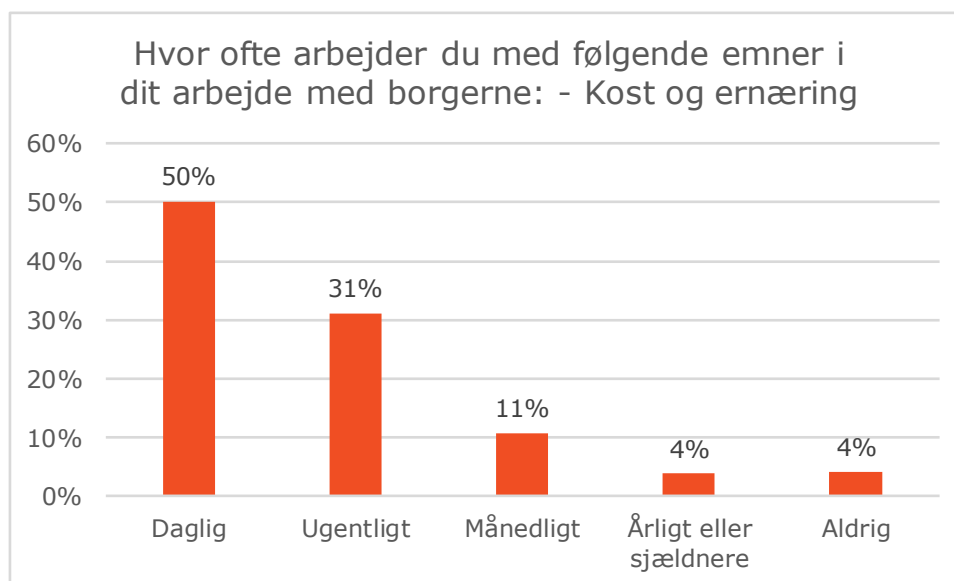


Kilde: Medarbejdersurvey.

6.1.1 Kostindsatser

Størstedelen af lederne svarer (76 %), at borgerne tilbydes kostvejledning. Figur 16 viser, at 50 % af medarbejderne arbejder med kost og ernæring dagligt, mens 31 % arbejder med kost og ernæring ugentligt. Kun 4 % svarer, at de aldrig arbejder med kost og ernæring.

Figur 16: Medarbejdernes arbejde med kost og ernæring (n=315)



Kilde: Medarbejdersurvey.

Note: Der er ikke forskel mellem medarbejderne fra de psykiatriske og de øvrige bosteder, som vist i **Error! Reference source not found.** i bilaget. Vi finder heller ikke, at der er statistisk signifikant forskel mellem medarbejdere med og uden en sundhedsfaglig baggrund, som vist i **Error! Reference source not found.** i bilaget. Det indikerer, at indsatsen med kost og ernæring ikke er uddelegeret til sundhedspersonalet.

De kvalitative interviews viser, at indsatsen vedrørende kost bl.a. omfatter støtte i forbindelse med indkøb. Det kan ske gennem fælles indkøbsture, hvor borgerne får hjælp til at skrive en indkøbsliste, men det kan også ske ved, at medarbejderne tager med borgeren ud at handle. Derudover viser interviewene, at bostederne har mulighed for at påvirke borgernes kostvaner, i fald de tilbyder fælles måltider.

I alt svarer 92 % af lederne, at borgerne tilbydes et eller flere faste daglige måltider, hvilket kan omfatte morgen, frokost og/eller aftensmad. De kvalitative interviews peger også på, at borgerne ikke kun tilbydes måltider på selve bostedet, men at der også tilbydes måltider og eventuel kostvejledning i forbindelse med dagtilbud, på væresteder m.m. På nogle bosteder er borgerne selv med til at tilberede maden – og vælge menuen, mens andre bosteder får mad hentet udefra.

For nogle borgere kan det være en udfordring, at de grundet økonomiske vanskeligheder ikke får en sund og nærende kost. Det er især en udfordring for de bosteder, som ikke kan tilbyde daglige måltider.

"Den største udfordring er kosten – beboerne har ikke altid penge til mad, og vi kan ikke tilbyde dem mad her på bostedet. Vi kan henvise til værestederne, hvor man kan få gratis mad. Det er næsten det værste at se, at de får det dårligere, fordi de ikke får god nok ernæring. Og når de handler ind, er det chips, slik og cola – det er en af sideeffekterne ved psykofarmaka, at man får lyst til usund mad, og så har man ikke været vant til at spise sundt hjemmefra." (Interview, bosted)

I den kvantitative survey svarer 72 % af lederne, at måltiderne lever op til de officielle anbefalinger. De kvalitative interviews giver dog et lidt mere blandet billede af, at medarbejdere og ledere i meget varierende grad har fokus på, om måltiderne lever op til de officielle anbefalinger. Samtidigt har medarbejderne generelt haft mindre succesfulde erfaringer med at introducere en sundere kost, blandet andet fordi borgerne kan have meget forskellige præferencer og behov.

"På et tidspunkt tog vi aktivt stilling - at de ikke skal have saftvand hver dag. Men vi har ikke kigget på, hvilken kost vi serverer. Det er ikke dér, vores fokus har været. F.eks. blev der en overgang skåret gulerødder, agurker mv., men ingen spiste dem, så de blev smidt ud igen." (Interview, bosted)

"Vi har haft diskussioner om, hvad f.eks. morgenmaden skal bestå af, og hvad alternativet ellers ville være. Der er forskel på hverdag og weekend. Der er også beboere, som er undervægtige. Det er ikke kun overvægt, som er et problem, når vi har borgere som er misbrugere og prioriterer dette over både familie og mad." (Interview, bosted)

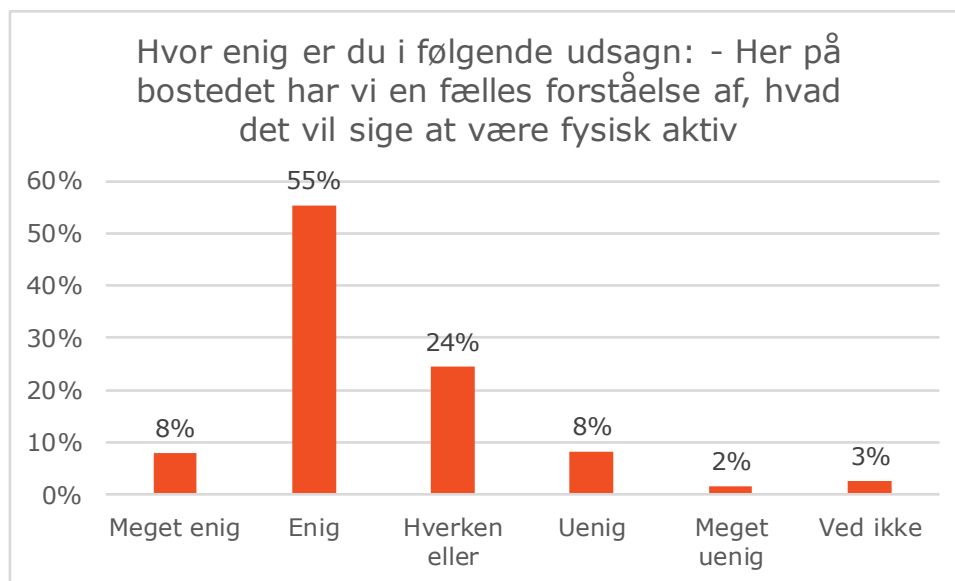
Bostederne oplever, at der både kan være fordele og ulemper ved at tilbyde borgerne daglige måltider. På den ene side kan måltidet fremme det sociale fællesskab på bostedet, på den anden side fremhæver et af bostederne, at det ikke er alle borgere, som har behov for hjælp:

"Vi har forsøgt at stille morgenmad frem i weekenden – det synes de er fantastisk. Jeg er både for og imod at tilbyde dem mad her. Vi har en meget broget gruppe. Der er nogen her, som lever af junkfood, og de ville have gavn af flere fælles måltider, men der er også andre, som godt kan klare det selv. Man skal ikke fratage dem ressourcerne, hvis de selv kan." (Interview, bosted)

6.2 Fysisk aktivitet

I alt svarer 91 % af medarbejderne, at de kender de officielle råd om fysisk aktivitet. Figur 17 viser, hvor enige medarbejderne er i, at de på bostedet har en fælles forståelse af, hvad fysisk aktivitet er. Som vist i figuren, er 8 % meget enige, og 55 % er enige i udsagnet. Det er kun 10 %, der er meget uenige eller uenige i, at der er en fælles forståelse.

Figur 17: Medarbejdernes vurdering af, om der på bostedet er en fælles forståelse af, hvad fysisk aktivitet er (n=315)

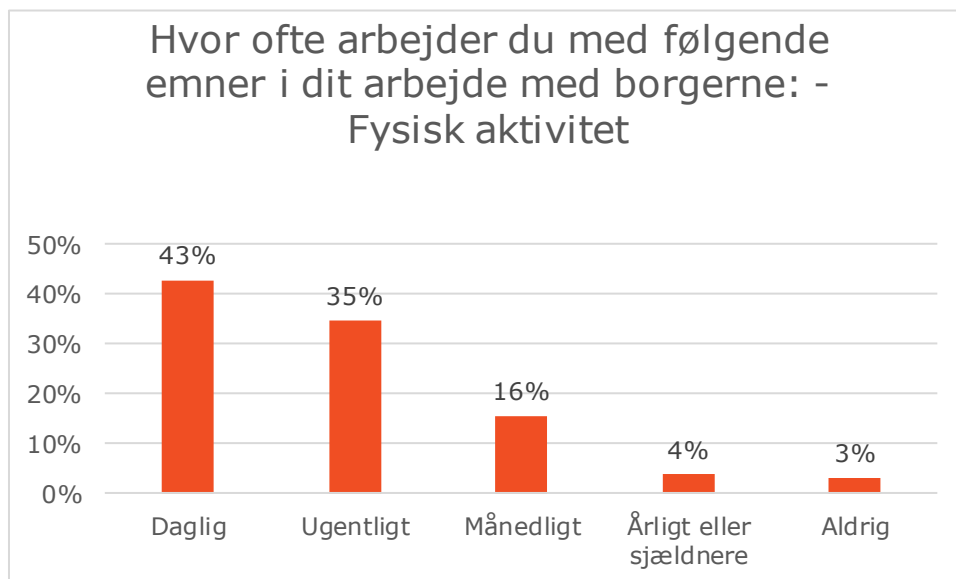


Kilde: Medarbejdersurvey.

Note: Vi finder en statistisk signifikant forskel mellem medarbejdere fra de psykiatriske og de øvrige bosteder.

Langt størstedelen af medarbejderne svarer (95 %), at de kan tilbyde borgeren hjælp til fysisk aktivitet (tal ikke vist i tabel/figur), og 35 % svarer, at de dagligt arbejder med fysisk aktivitet i deres arbejde med borgerne.

Figur 18: Medarbejdernes arbejde med fysisk aktivitet (n=315)



Kilde: Medarbejdersurvey.

De kvalitative interviews peger på, at hjælp til fysisk aktivitet både tilbydes på selve bostedet, men også på dagcentrene, i kommunen (f.eks. særlige motionshold for psykisk sårbare) og i psykiatrien. Samtidigt har flere af de interviewede bosteder indgået samarbejde med lokale idrætsforeninger, hvor medarbejderne tilbyder at ledsage borgeren til forskellige idrætstilbud. Flere bosteder tilbyder desuden individuel træning ved f.eks. fysioterapeut eller faste motionshold, cykelture eller har motionsrum, som borgerne kan benytte.

"Vi har et tre måneders forløb, hvorefter vi evaluerer på det – det er ment som en håndsrekning til at komme i gang. Giver det mening at fortsætte, eller kan beboeren selv fortsætte? Vi har i øjeblikket en beboer i et forløb, men der er flere, som har vist interesse for det. Mange er motiverede – men har svært ved at komme af sted, også selvom vi tager med." (Interview, bosted)

Interviewene peger også på, at medarbejderne er opmærksomme på at integrere fysisk aktivitet i hverdagen, f.eks. ved at opfordre borgerne til at gå ned at handle i stedet for at tage bussen.

"Det handler om at få dem til at blive motiveret og have fokus på det. Man går en tur eller laver lidt hyggelige aktiviteter, som de ikke helt er bevidste om f.eks. er motion." (Interview, bosted)

Interviewene tyder også på, at bostederne har blandede oplevelser med succes af aktiviteterne. F.eks. er det erfaringen fra et af de interviewede bosteder, at det ikke er nok at stille faciliteter til rådighed for borgerne:

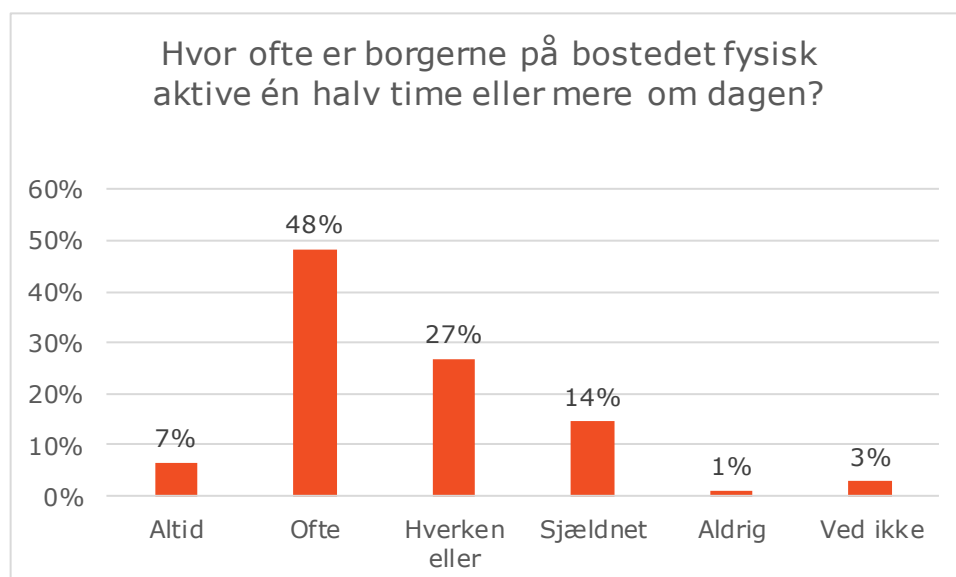
"Så har vi købt redskaber til motionsrum, yogamåtter, cykler mv., men interessen var så som så." (Interview, bosted)

Et andet bosted peger på, at det vigtigt, at borgerne oplever aktiviteten som relevant, og at det kræver mange ressourcer at støtte borgerne.

"Det, vi arbejder med, er bitte små processer. Det kan jo være alt fra at gå en tur til at træne seriøst." (Interview, bosted)

Det er ikke muligt at vurdere, i hvor høj grad aktiviteterne har en positiv effekt på borgerne i denne undersøgelse, men vi har bedt lederne vurdere, hvor ofte borgerne på bostedet er fysisk aktive en halv time eller mere om dagen. Kun 7 % svarer, at det altid lykkes, mens 48 % svarer ofte, som vist i Figur 19.

Figur 19: Ledernes vurdering af, hvor ofte borgerne er fysisk aktive en halv time eller mere om dagen (n=276)



Kilde: Ledersurvey.

Note: Der er ingen statistisk signifikant forskel mellem de psykiatriske og de øvrige bosteder.

7 Rygning

I dette afsnit ser vi nærmere på bostedernes sundhedsfremmeindsatser i forhold til rygning, herunder rygeregler og rygepolitikker, hjælp til rygestop og medarbejdernes og ledernes syn på rygning.

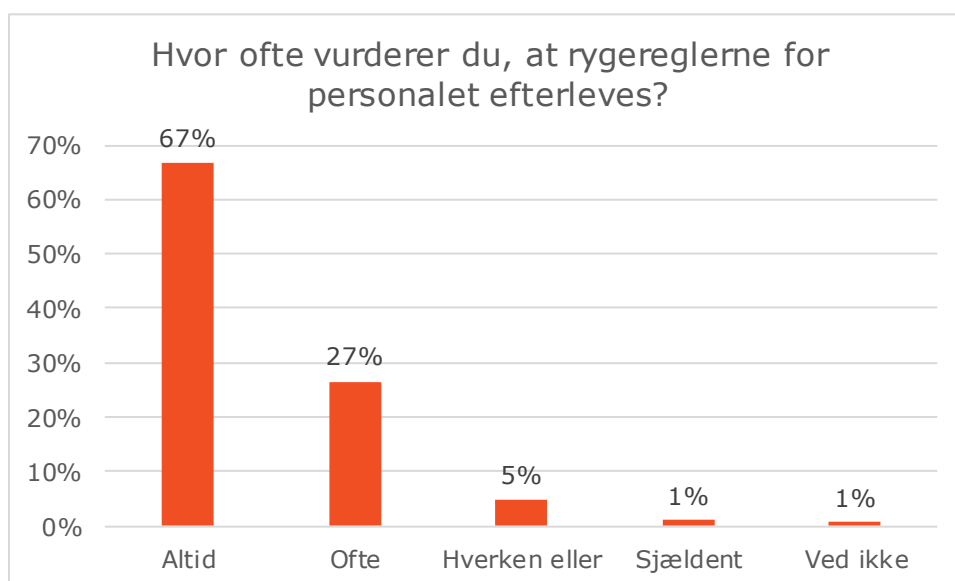
Rygeregler og rygepolitikker

Langt størstedelen (97 %) af lederne svarer, at de har regler for rygning blandt personalet, og 33 % svarer, at medarbejderne ikke må ryge i arbejdstiden (tal ikke vist i tabel/figur). De kvalitative interviews peger på, at rygereglerne for personalet afhænger af kommunens overordnede rygepolitik.

*“Vi har regler for rygning og alkohol. Personalet må ikke ryge, når man ser på dem, men der må gerne ryges. Det er en overordnet politik for hele kommunen, som er ret blød. En gang imellem arbejder vi med rygning blandt personalet, for borgeren opdager tit, at de ryger, og der er et stærkt socialt element, fordi det er hyggeligt at ryge sammen.”
(Interview, bosted)*

Vi har også bedt lederne om at vurdere, hvor ofte rygereglerne for personalet efterleves. Her svarer 67 %, at reglerne altid efterleves, som vist i Figur 20.

Figur 20: Ledernes vurdering af, hvor ofte rygereglerne efterleves (n=276)



Kilde: Ledersurvey.

Note: Der er ingen statistisk signifikant forskel på de psykiatriske og de øvrige bosteder.

Rygereglerne for beboerne fastsættes typisk af beboerne selv, f.eks. via beboerråd. Det er måske derfor ikke så overraskende, at der er færre ledere, som svarer, at borgerne har regler for rygning på bostedet (47 %). Derudover svarer 74 % af lederne, at reglerne altid efterleves (tal ikke vist i figur/tabel).

De kvalitative interviews peger på, at både ledere og medarbejdere er opmærksomme på, at rygningen kan medføre, at både medarbejderne og de øvrige borgere udsættes for passiv rygning. Men som det fremgår af de to nedenstående

citater, er det ikke ensbetydende med, at der sættes ind i forhold til passiv rygning. Det kan hænge sammen med, at en stor del af både ledere og medarbejdere oplever, at rygning er livskvalitet og har en beroligende effekt på borgerne, som vist senere i dette kapitel.

"Men vi har i perioder nogle huse, hvor man må sige, at der er man passiv ryger, når man bor der. Hvis nu de fire beboere kom og sagde, at det ville de ikke være med til, så ville vi skulle forholde os til det." (Interview, bosted)

"Skadevirkninger af røg er de fuldstændigt bevidste om. Der er regler om, at ti min. før en bostøttesamtale må de ikke ryge – de må ryge i egen bolig og udenfor. Den ordning fungerer. Men det gør ikke, at personalet ikke er påvirket af røg. Hvis andre kommer forbi, så kan det irritere dem. Men det er ikke noget, der fylder meget for personalet. De klager ikke over dette." (Interview, bosted)

Hjælp til rygestop

I alt svarer 65 % af lederne, at de tilbyder hjælp til rygestop. Blandt lederne på de psykiatriske bosteder svarer 84 %, at de tilbyder hjælp mod 61 % af lederne på de øvrige bosteder (tal ikke vist i tabel/figur). Forskellen er statistisk signifikant. Denne forskel kan muligvis afspejle, at medarbejderne fra de psykiatriske bosteder i højere grad vurderer, at netop rygestop i meget høj grad er en udfordring for borgerne.

Til sammenligning svarer 61 % af medarbejderne, at de – ved behov – kan henvise til hjælp til rygestop²². En forholdsvis stor andel (24 %) har svaret *ved ikke*, som vist i Tabel 5. Det indikerer, at medarbejderne i varierende omfang har kendskab til bostedets sundhedsfremme tilbud.

Tabel 5: Medarbejdere, der ved behov kan henvise borgerne til rygestop fordelt på type af bosted

	Psykiatrisk	Øvrige	I alt
	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>
Ja	68 (84 %)	123 (53 %)	191 (61 %)
Nej	5 (6 %)	44 (19 %)	49 (16 %)
Ved ikke	8 (10 %)	67 (29 %)	75 (24 %)
I alt	81	234	315

Kilde: Medarbejdersurvey.

Note: Statistisk signifikant forskel.

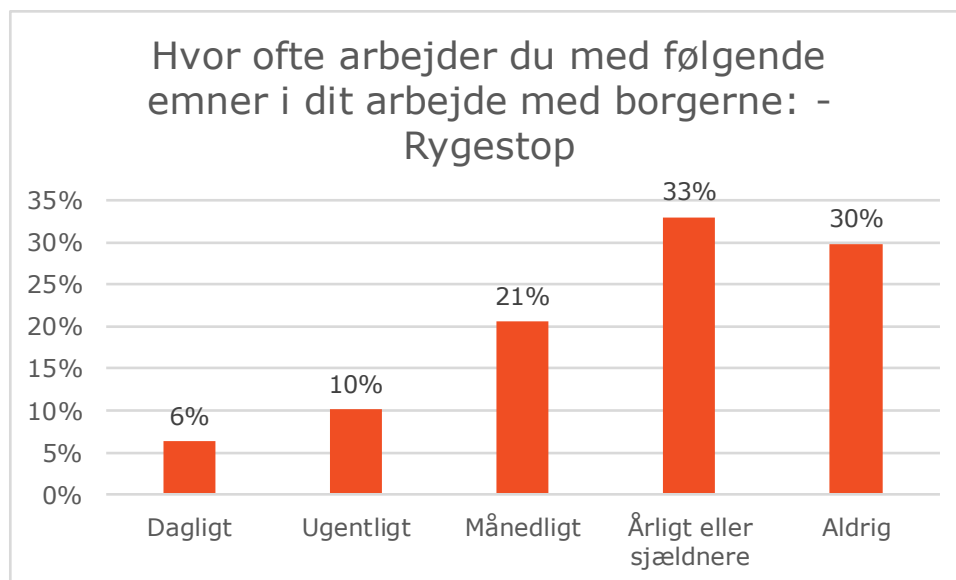
²² Har du mulighed for ved behov at henvise borgerne til hjælp til rygestop?

Medarbejdernes arbejde med rygestop

De kvalitative interview peger på, at nogle bosteder selv tilbyder hjælp til rygestop ved rygestopinstruktører, mens andre tilbyder hjælp via dagcentre, de kommunale sundhedscentre, apotekerne og/eller egen læge. I alt svarer 61 % af lederne, at de tilbyder hjælp til rygestop på bostedet (tal ikke vist i figur/tabel).

Vi har spurgt medarbejderne, hvor ofte de arbejder med rygestop i deres arbejde med borgerne. Som vist i Figur 21 svarer 6 % af medarbejderne, at de arbejder med rygestop dagligt. Vi finder samtidigt, at medarbejdere på de psykiatriske bosteder oftere arbejder med rygestop end medarbejderne på de øvrige bosteder, som vist i Tabel 35 i bilaget.

Figur 21: Medarbejdernes arbejde med rygestop (n=315)



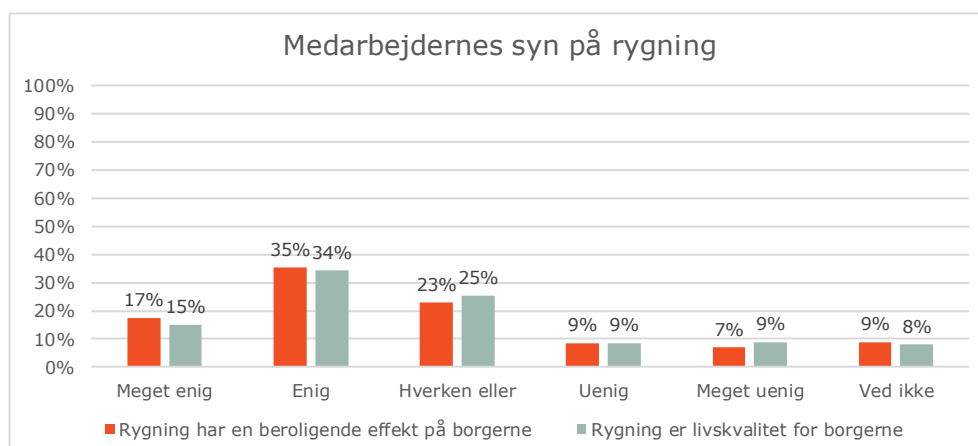
Kilde: Medarbejdersurvey.

Syn på rygning

For at afdække ledernes og medarbejdernes syn på rygning har vi spurgt medarbejderne og ledere, i hvor høj grad de er enige i udsagnene: "Rygning har en beroligende effekt på vores borgere", og "Rygning er livskvalitet for vores borgere". Spørgsmålet er udviklet på baggrund af de kvalitative interviews, hvor interviewene tydede på, at medarbejdere og ledere havde en udbredt holdning til, at rygning har en beroligende effekt og er livskvalitet for borgerne.

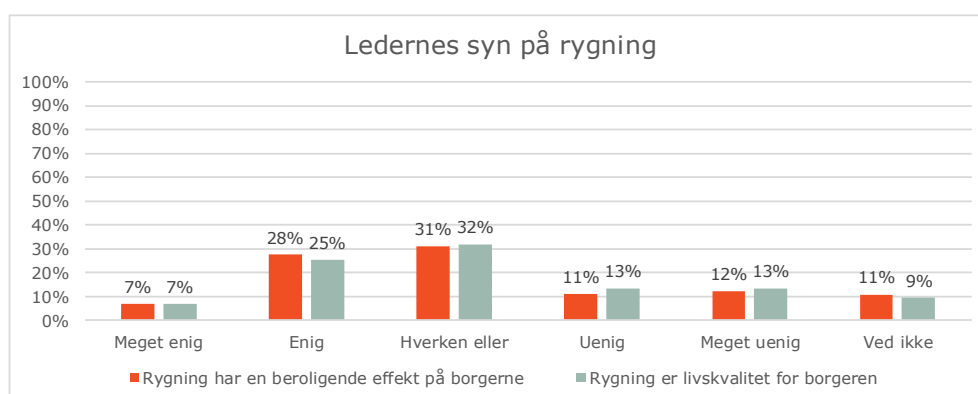
Figur 22 viser, at lidt over halvdelen (52 %) af medarbejderne er meget enige eller enige i, at rygning har en beroligende effekt på borgerne, og 49 % er meget enige eller enige i, at rygning er livskvalitet for borgerne. Til sammenligning viser Figur 23 ledernes besvarelser. Som det fremgår af figuren, er lederne mindre enige i de to udsagn end medarbejderne.

Figur 22: Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad de er enige i, at rygning har en beroligende effekt og rygning er livskvalitet for borgerne



Kilde: Medarbejdersurvey.

Figur 23: Ledernes vurdering af, i hvor høj grad de er enige i, at rygning har en beroligende effekt og rygning er livskvalitet for borgerne



Kilde: Medarbejdersurvey.

Vi har også undersøgt, om der er forskel på medarbejdernes og ledernes vurdering på de psykiatriske og de øvrige bosteder og mellem medarbejdere og ledere med og uden en sundhedsfaglig baggrund.

Vi finder, at medarbejderne fra de psykiatriske bosteder er mere enige i, at rygning har en beroligende effekt (som vist i Tabel 6) sammenlignet med de øvrige. Der er dog ikke en statistisk signifikant forskel på besvarelsene i forhold til spørgsmålet om, hvorvidt rygning er livskvalitet for borgerne, som vist i Tabel 36 i bilaget.

Tabel 6: Medarbejdernes vurdering af, om rygning har en beroligende effekt på borgerne fordelt på type af bosted

	Psykiatrisk	Øvrige	I alt
	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>
Meget enig	19 (24 %)	36 (15 %)	55 (18 %)
Enig	37 (46 %)	74 (32 %)	111 (35 %)
Hverken eller/ved ikke	18 (22 %)	82 (35 %)	100 (32 %)
Meget uenig/ Uenig	7 (9 %)	42 (18 %)	49 (16 %)
I alt	81	234	315

Kilde: Medarbejdersurvey.

Note: Statistisk signifikant forskel.

Derudover viser analyserne, at medarbejdere med en sundhedsfaglig baggrund oftere er enige i, at rygning er livskvalitet for borgerne (som vist i Tabel 7), ligesom vi ser en tendens til, at medarbejdere med en sundhedsfaglig baggrund i højere grad er enige i udsagnet om, at rygning har en beroligende effekt, men forskellen er ikke statistisk signifikant, som vist i Tabel 37 i bilaget.

Tabel 7: Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad rygning er livskvalitet for beboerne fordelt på ledernes uddannelsesbaggrund

	Ikke sundhedsfaglig	Sundhedsfaglig	Total
	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>
Meget enig	23 (14 %)	18 (17 %)	
Enig	48 (30 %)	45 (42 %)	93 (35 %)
Hverken eller/ved ikke	54 (34 %)	33 (31 %)	87 (32 %)
Uenig/meget uenig	36 (22 %)	12 (11 %)	48 (18 %)
I alt	161	108	269

Kilde: Medarbejdersurvey.

Note: Statistisk signifikant forskel.

Vi finder samme mønster i ledernes besvarelser. Som vist i Tabel 8, er lederne på de psykiatriske bosteder oftere enige i, at rygning har en beroligende effekt. Samtidigt er ledere med en sundhedsfaglig baggrund oftere enige i at rygning har en beroligende effekt, som vist i Tabel 9.

Tabel 8: Ledernes vurdering af, om rygning har en beroligende effekt på borgerne fordelt på type af bosted

	Psykiatrisk	Øvrige	I alt
	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>
Meget enig/enig	27 (48 %)	68 (31 %)	95 (34 %)
Hverken eller/ved ikke	22 (39 %)	94 (43 %)	116 (42 %)
Uenig/meget uenig	7 (13 %)	58 (26 %)	65 (24 %)
I alt	56	220	276

Kilde: Ledersurvey.

Note: Statistisk signifikant forskel.

Tabel 9: Ledernes vurdering af, om rygning har en beroligende effekt på borgerne fordelt på ledere med og uden en sundhedsfaglig baggrund

	Ikkesundhedsfaglig	Sundhedsfaglig	I alt
	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>
Meget enig/enig	40 (27 %)	38 (46 %)	78 (33 %)
Hverken eller/ved ikke	69 (46 %)	30 (36 %)	99 (42 %)
Uenig/meget uenig	42 (28 %)	15 (18 %)	57 (24 %)
I alt	151	83	234

Kilde: Ledersurvey.

Note: Statistisk signifikant forskel.

Tabel 10 viser, at ledere med en sundhedsfaglig baggrund i højere grad er enige i, at rygning er livskvalitet for borgerne. Der er ingen statistisk signifikant forskel på ledere fra de psykiatriske og de øvrige bosteder, som vist i Tabel 38 i bilaget.

Tabel 10: Ledernes vurdering af i hvor høj grad rygning er livskvalitet for beboerne fordelt på ledere med og uden en sundhedsfaglig baggrund

	Ikkesundhedsfaglig	Sundhedsfaglig	I alt
	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>
Meget enig/enig	43 (29 %)	35 (42 %)	78 (33 %)
Hverken eller/ved ikke	60 (40 %)	35 (42 %)	95 (41 %)
Uenig/meget uenig	48 (32 %)	13 (16 %)	61 (26 %)
I alt	151	83	234

Kilde: Ledersurvey.

Note: Statistisk signifikant forskel.

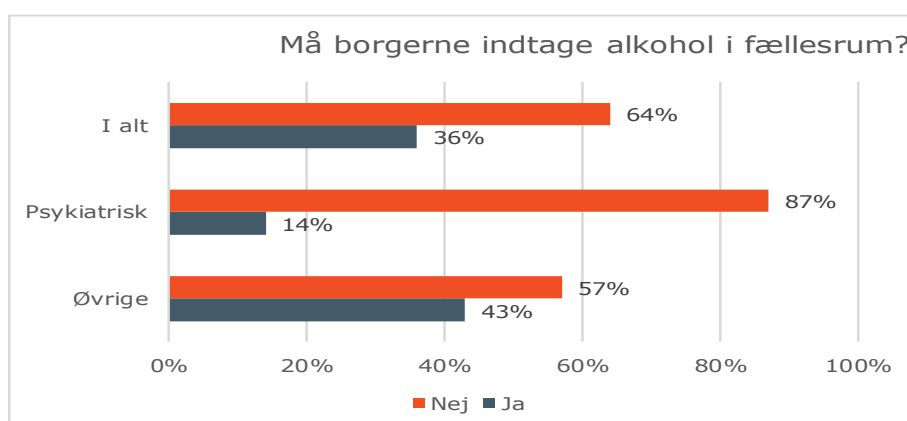
8 Alkohol og misbrug

I dette kapitel ser vi nærmere på bostedernes alkoholpolitik og hjælp til nedsættelse af alkohol og misbrug. I analyserne har vi særligt haft fokus på forskelle mellem de psykiatriske og de øvrige bosteder, da vi a priori havde en forventning om, at de psykiatriske bosteder i højere grad har fokus på alkohol og misbrug.

Regler og politikker

I alt svarer 77 % af lederne, at de har regler for alkoholindtag på bostedet. På de psykiatriske bosteder svarer 93 % af lederne, at de har regler for indtag af alkohol på bostedet, mod 73 % af lederne fra de øvrige bosteder. Samtidigt viser Figur 24, at 87 % af lederne på de psykiatriske bosteder svarer, at beboerne ikke må indtage alkohol i fællesrum, mens det gælder på 57 % af de øvrige bosteder (blandt ledere som angiver, at de har regler for alkoholindtag på bostedet).

Figur 24: Ledere, som svarer, at beboerne må indtage alkohol i fællesrum fordelt på type af bosted (n=212)



Kilde: Ledersurvey.

Note: Statistisk signifikant forskel.

Hjælp til at nedsætte alkoholindtag og tilbud om misbrugsbehandling

Tabel 11 viser, at næsten alle ledere (98 %) på de psykiatriske bosteder svarer, at borgerne tilbydes hjælp til at nedsætte deres alkoholforbrug, og at 73 % af lederne på de øvrige bosteder svarer ja til dette. Samme mønster ses i forhold til tilbud om misbrugsbehandling. Her svarer 84 % af lederne på de psykiatriske bosteder, at borgerne modtager hjælp til at nedsætte deres alkoholforbrug, mod 46% af lederne på de øvrige bosteder, som vist i Tabel 12.

Tabel 11: Ledere som svarer, at borgerne tilbydes hjælp til at nedsætte deres alkoholindtag fordelt på type af bosted

	Psykiatrisk	Øvrige	Total
Ja	55 (98 %)	160 (73 %)	215 (78 %)
Nej/Ved ikke	1 (2 %)	60 (27 %)	61 (22 %)
I alt	56	220	276

Kilde: Ledersurvey.

Note: Statistisk signifikant forskel.

Tabel 12: Ledere som svarer, at borgene modtager tilbud om misbrugsbehandling til stofmisbrug fordelt på type af bosted

	Psykiatrisk	Øvrige	Total
Ja	47 (84 %)	100 (46 %)	147 (53 %)
Nej/ved ikke	9 (16 %)	120 (55 %)	129 (47 %)
I alt	56	220	276

Kilde: Ledersurvey.

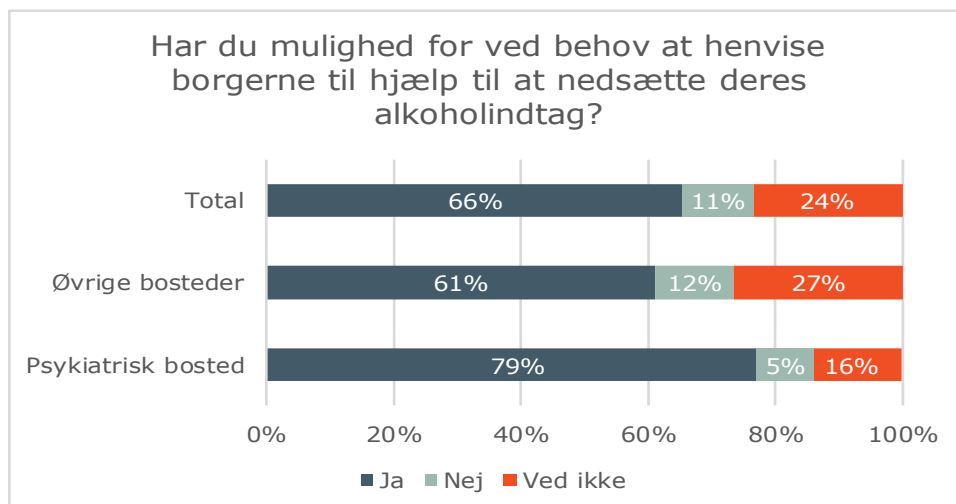
Note: Statistisk signifikant forskel.

Til sammenligning svarede 65 % af lederne, at borgerne fik tilbud om hjælp til rygestop. Den forskel kan afspejle, at problemer med alkohol og stofmisbrug fylder meget i hverdagen for de enkelte borger og medarbejderne på bostedet.

"For dem, som er meget misbrugende, fylder det enormt meget. Deres adfærd hænger sammen med dette. Det er helt til, at man vælger misbrug over familie, mad og søvn. Vi har en misbrugsmedarbejder, som er her dagligt." (interview, bosted)

Vi har også bedt medarbejderne svare på, om de har mulighed for ved behov at henvise borgerne til hjælp til at nedsætte deres alkoholindtag (Figur 25) og henvise til tilbud om misbrugsbehandling (Figur 26). I alt svarer 66 % af medarbejderne, at de kan henvise borgerne til hjælp med at nedsætte deres alkoholindtag, og 69 % svarer, at de kan henvise til tilbud om misbrugsbehandling. Flere medarbejdere på de psykiatriske bosteder svarer, at de kan henvise til hjælp til at nedsætte alkoholindtaget og tilbud om misbrugsbehandling. Det skal også bemærkes, at en forholdsvis stor andel af medarbejderne svarer *ved ikke*.

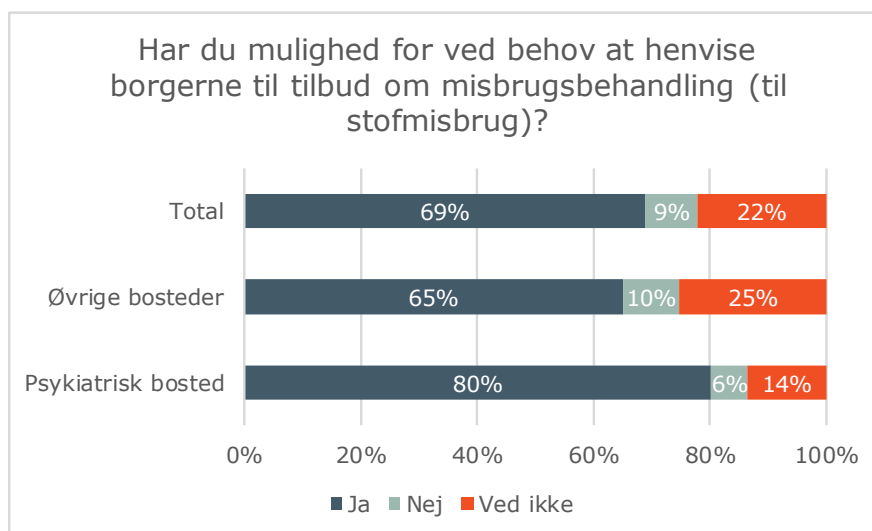
Figur 25: Medarbejdernes mulighed for at henvise borgerne til hjælp til at nedsætte deres alkoholindtag (n=315)



Kilde: Medarbejdersurvey.

Note: Statistisk signifikant forskel.

Figur 26: Medarbejdernes mulighed for at henvise borgerne til tilbud om misbrugsbehandling (n=315)



Kilde: Medarbejdersurvey.

Note: Statistisk signifikant forskel.

Slutteligt viser Tabel 13, at 18 % af medarbejderne svarer, at de dagligt arbejder med alkohol, og at medarbejderne fra de psykiatriske bosteder oftere arbejder med alkohol. Til sammenligning var det kun 6 % af medarbejderne, som svarede, at de dagligt arbejder med rygestop. Det indikerer, at bostederne i højere grad prioriterer arbejdet med alkohol. Samtidigt bekræfter resultaterne vores forventning om, at de psykiatriske bosteder oftere har fokus på alkohol og misbrug.

Tabel 13: Medarbejdernes arbejde med alkohol fordelt på type af bosted

	<i>Psykiatrisk</i>	<i>Øvrige</i>	<i>I alt</i>
Dagligt	22 (27 %)	34 (15 %)	56 (18 %)
Ugentligt	27 (33 %)	43 (18 %)	70 (22 %)
Månedligt	15 (19 %)	50 (21 %)	65 (21 %)
Årligt/aldrig	17 (21 %)	107 (46 %)	124 (39 %)
I alt	81	234	315

Kilde: Medarbejdersurvey.

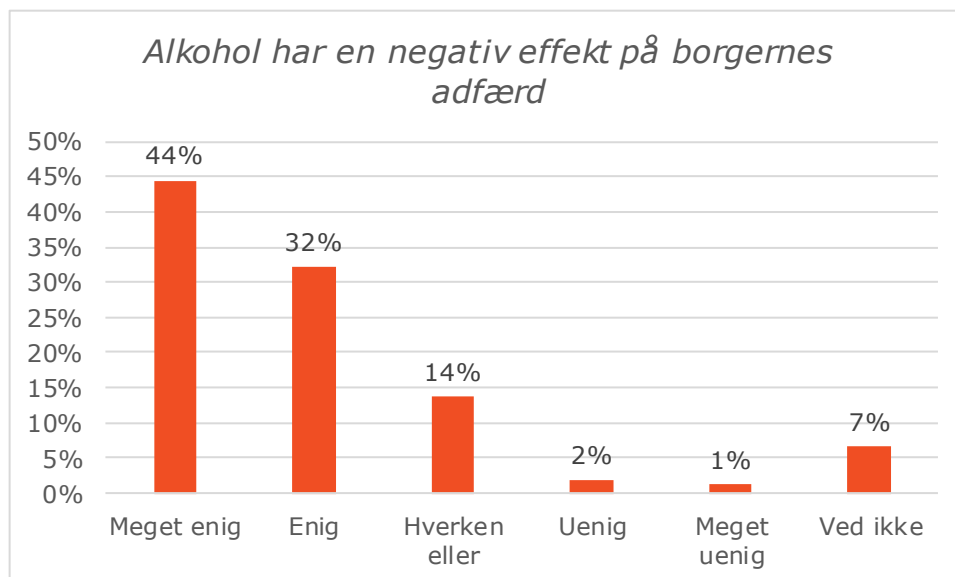
Note: Statistisk signifikant forskel.

Syn på alkohol og stoffer

For at afdække medarbejdernes syn på alkohol har vi spurgt medarbejdere og ledere om, i hvor høj grad de enige i udsagnene: "Alkohol har en negativ effekt på borgernes adfærd", og "Brug af stoffer har en negativ effekt på borgernes adfærd".

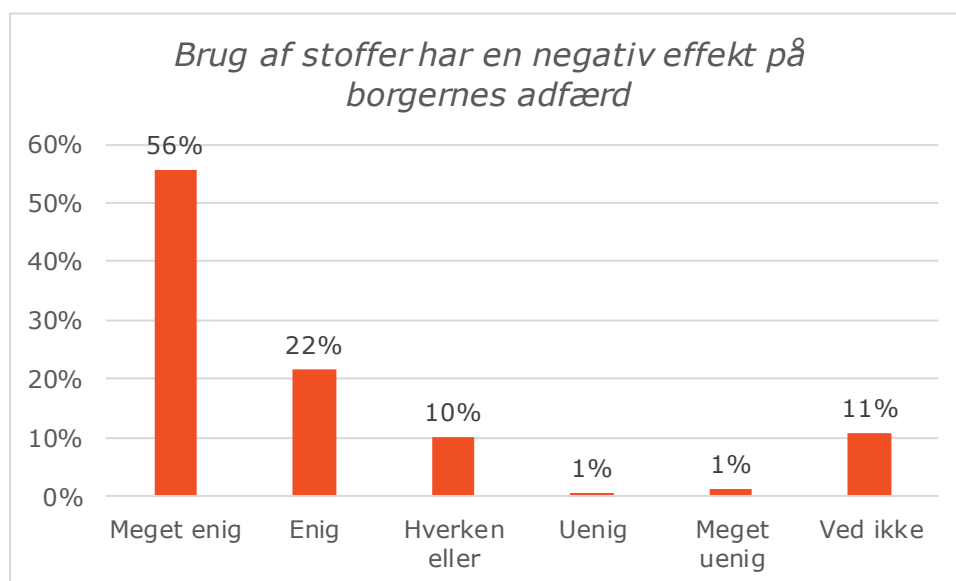
Figur 27 viser, at 76 % af medarbejderne i meget høj grad eller i høj grad er enige i, at alkohol har en negativ effekt på borgernes adfærd, og Figur 28 viser, at 78 % af medarbejderne er meget enige eller enige i, at brug af stoffer har en negativ effekt på borgernes adfærd.

Figur 27: Medarbejdernes vurdering af, hvor enige de er i udsagnet: Alkohol har en negativ effekt på borgernes adfærd



Kilde: Medarbejdersurvey.

Figur 28: Medarbejdernes vurdering af, hvor enige de er i udsagnet: Brug af stoffer har en negativ effekt på borgernes adfærd



Kilde: Medarbejdersurvey.

9 Tandpleje, hygiejne, medicinering og sundhedstjek

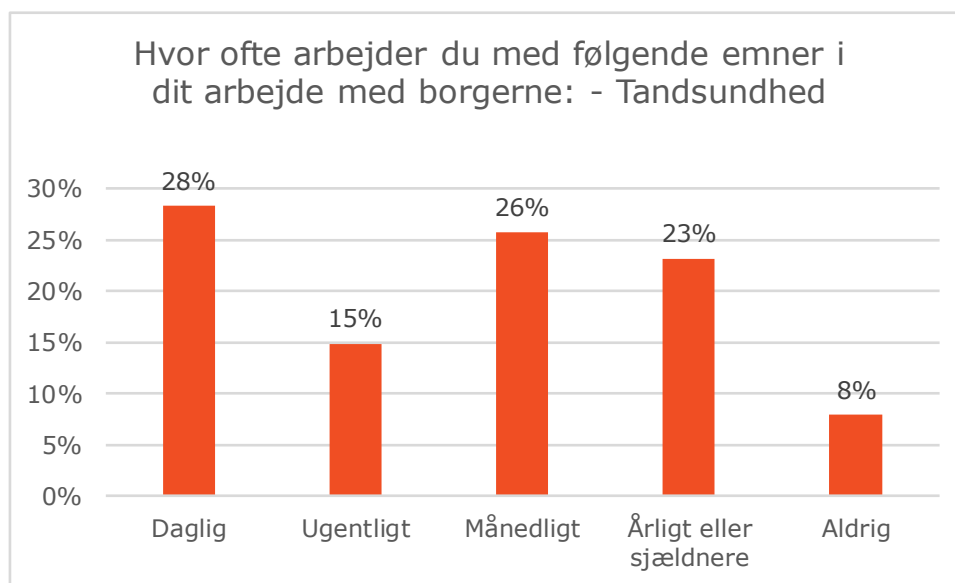
I dette kapitel præsenterer vi bostedernes sundhedsfremmende aktiviteter vedrørende tandpleje, hygiejne og medicinering, herunder medarbejdernes indsats, tilbud om årligt sundhedstjek og regler og politikker.

Tandsundhed og hygiejne

I alt svarer 93 % af lederne, at borgerne tilbydes hjælp til at sikre en god tandsundhed. Hjælp til at sikre en god tandsundhed omfatter bl.a. hjælp til og påmindelse om at bestille tid hos tandlæge, ledsagelse til tandlægebesøg, rådgivning om kost og mundhygiejne, daglig hjælp til tandbørstning og brug af tandtråd. Det viser de kvalitative interview.

Figur 29 viser, hvor ofte medarbejderne arbejder med tandsundhed. Af figuren fremgår det, at 28 % af medarbejderne svarer, at de dagligt arbejder med tandsundhed.

Figur 29: Medarbejdernes arbejde med tandsundhed (n=315)



Kilde: Medarbejdersurvey.

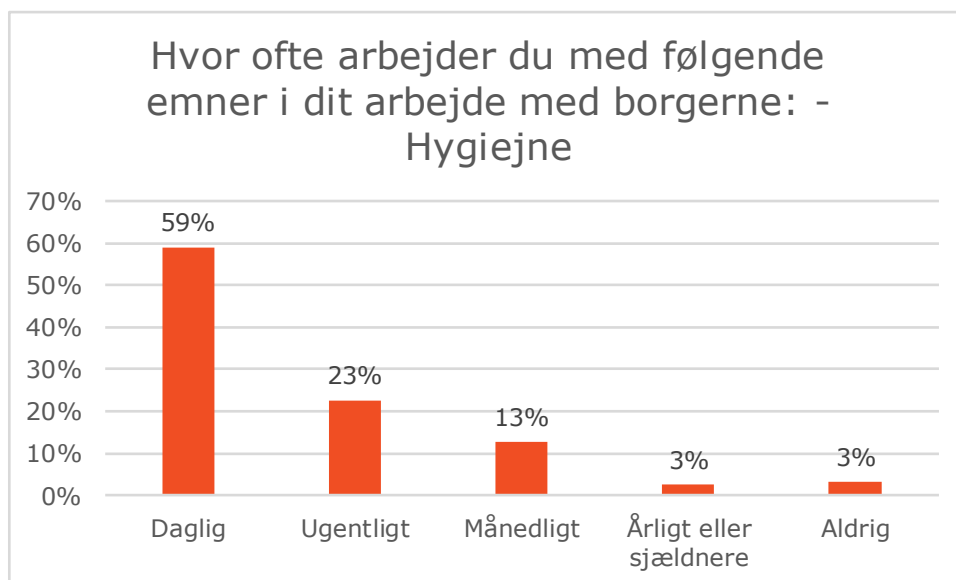
Note: Ingen statistisk signifikant forskel mellem de psykiatriske og de øvrige bosteder.

De kvalitative interviews indikerer, at bostederne er opmærksomme på, at der er sammenhæng mellem tandsundhed og hjertesygdom, og at dårlig tandsundhed er en risikofaktor for udvikling af hjertesygdom, men at det kan være svært at prioritere tandsundhed. Derudover kan det være svært at motivere borgerne til at gå til tandlæge, bl.a. pga. økonomiske vanskeligheder.

"Tandhjælp bliver sat til side, og det ved vi kan give hjerteproblemer. Det er noget, der bliver sparet på. De har meget dårlig tandstatus – selvom de er tilknyttet den kommunale tandpleje. De skal ikke betale så meget, men mange har stadig ikke råd. Vi prøver at opfordre dem. Men de kontakter typisk først tandplejen, når de har meget ondt, og der opstår noget akut." (Interview, bosted)

Den kvalitative forundersøgelse pegede tydeligt på, at både medarbejdere og ledere oplever, at det at hjælpe borgerne til en god hygiejne, f.eks. at sikre, at borgeren jævnligt går i bad, fylder meget i det daglige arbejde. Det afspejler sig også i resultaterne fra surveyet, og som vist i Figur 30 svarer 59 % af medarbejderne, at de dagligt arbejder med hygiejne.

Figur 30: Medarbejdernes arbejde med hygiejne



Kilde: Medarbejdersurvey.

Note: Ingen statistisk signifikant forskel mellem de psykiatriske og de øvrige bosteder.

Det er også tydeligt, at hygiejne er en større udfordring for borgere med et misbrug.

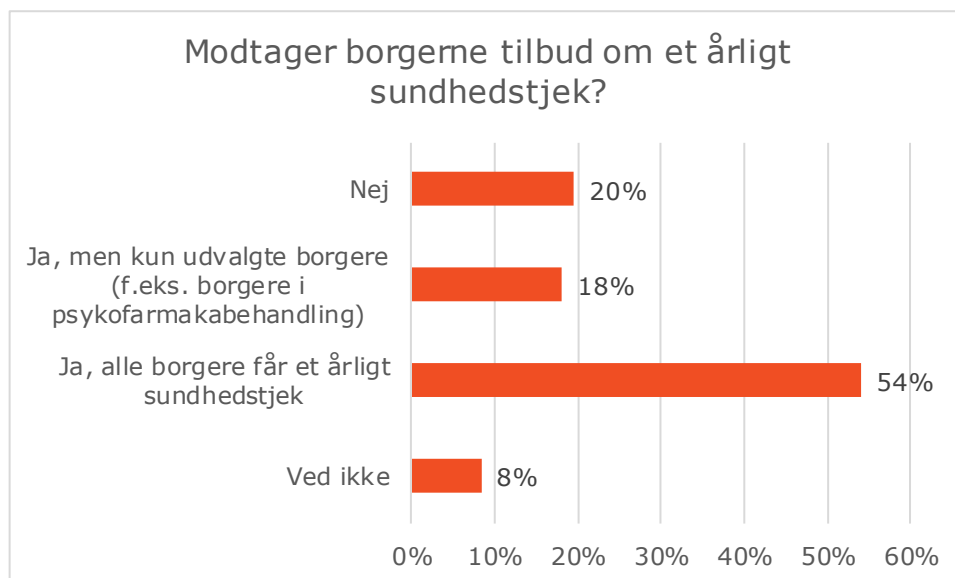
"Det kan være lejligheder, som er smurt ind i afføring, væggelus eller sår efter operationssår, og beboere der ikke vil samarbejde om bad. Her må vi have psykiater indover, så vi evt. må ud i en magtanvendelse. Der er ofte en lang optakt til dette." (Interview, bosted)

De kvalitative interviews peger på, at medarbejderne oplever, at jo mere kontakt borgerne har/får med omverdenen, desto lettere er det at motivere dem til at holde en god hygiejne.

Medicinering og sundhedstjek

Som vist i Figur 31 svarer 18 % af lederne, at udvalgte borgere modtager et årligt sundhedstjek, mens 54 % af lederne svarer, at alle borgere får et årligt sundhedstjek.

Figur 31: Lederne vurdering af, om borgerne modtager et årligt sundhedstjek

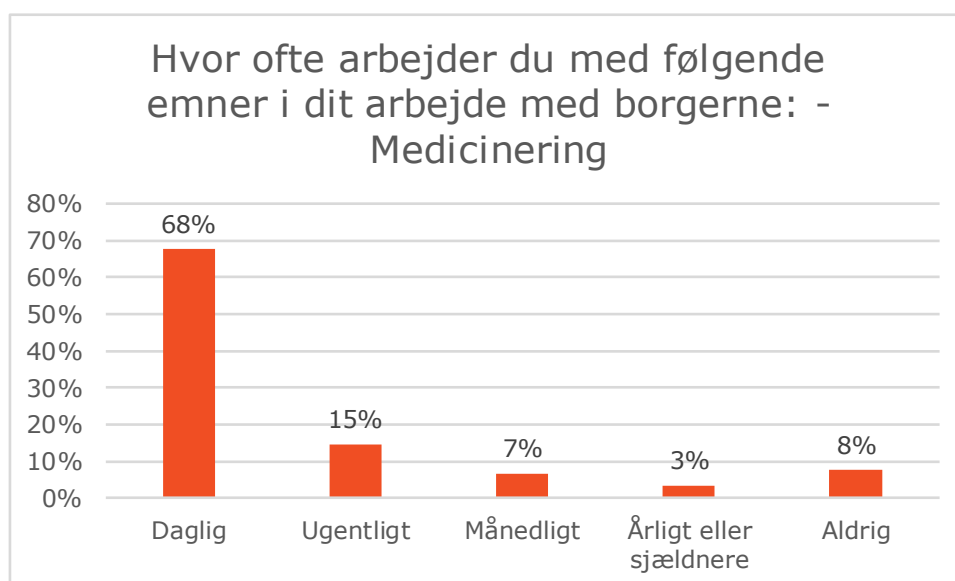


Kilde: Ledersurvey.

Note: Ingen statistisk signifikant forskel mellem de psykiatriske og de øvrige bosteder.

Figur 32 viser, at 69 % af medarbejderne dagligt arbejder med medicinering. Der er ingen statistisk signifikant forskel på medarbejderne fra de psykiatriske og de øvrige bosteder.

Figur 32: Medarbejdernes arbejde med medicinering



Kilde: Medarbejdersurvey.

Note: Ingen statistisk signifikant forskel mellem de psykiatriske og de øvrige bosteder eller i forhold til medarbejderens uddannelse.

10 Mental sundhed og trivsel

I dette kapitel præsenteres bostedernes aktiviteter vedrørende beboernes mentale sundhed. Analyserne bygger på medarbejdernes vurdering af, hvor ofte de arbejder med følgende emner i deres arbejde:

- > Søvn
- > Ensomhed
- > Hverdagsmestring
- > Sociale kompetencer
- > Meningsfuld beskæftigelse.

Som tidligere nævnt peger de kvalitative interviews på, at rehabilitering og hverdagsmestring udgør grundlaget for bostedernes indsatser – og at sundhed i høj grad ses som et led i det rehabiliterende arbejde. Det afspejler helt grundlæggende, at bostedernes formål og indsats er fastlagt af servicelovens bestemmelser.

For ledere og medarbejdere handler trivsel i høj grad om, at borgerne er i stand til at mestre almindelige hverdagsfunktioner, har en meningsfuld beskæftigelse og fastholder og danner sociale relationer.

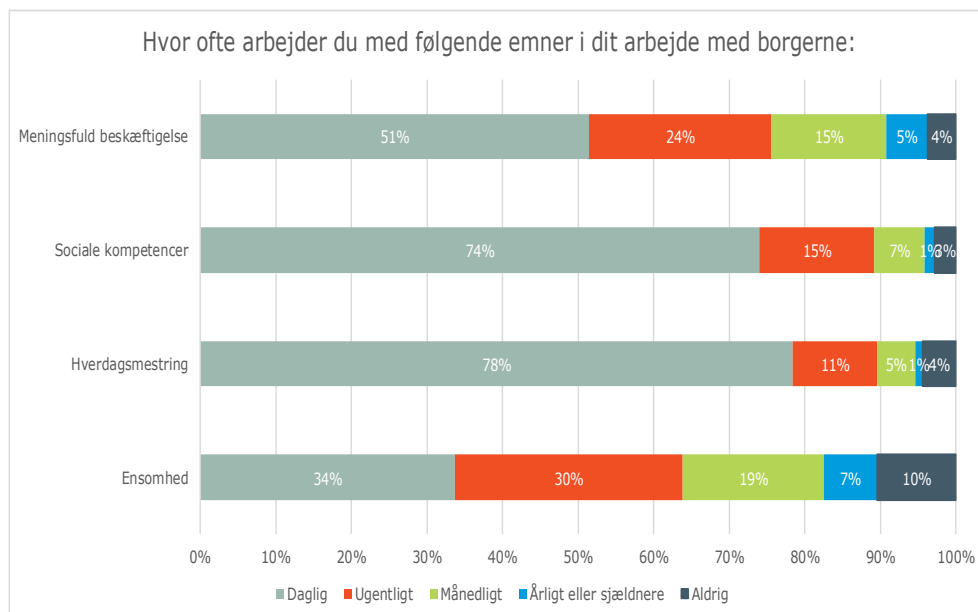
“Vi arbejder meget med til at prøve at skabe struktur i hverdagen – det kan være sundhedsfremmende, men også noget med at komme i beskæftigelse for at få noget indhold i hverdagen og mere livskvalitet.” (Interview, bosted)

Indsatser relateret til trivsel og hverdagsmestring varetages ikke udelukkende i regi af bostederne. Mange af beboerne kommer i dagcentre og lignende, som spiller en væsentlig rolle i forhold til at sikre et meningsfuldt indhold i hverdagen.

“Beboerne har en dagsbeskæftigelse, så de ikke får lov til at sidde og lumre hele dagen. I forhold til det mentale handler det om at opretholde funktioner som f.eks. at tage bussen.” (Interview, bosted).

Som det fremgår af Figur 33 arbejder 89 % af medarbejderne dagligt eller ugentligt med hverdagsmestring (78 % arbejder dagligt med hverdagsmestring). Dette udgør derfor et af de områder, som fylder meget i arbejdet med borgerne. Ligeledes finder vi, at 75 % af medarbejderne dagligt eller ugentligt arbejder med meningsfuld beskæftigelse (51 % arbejder dagligt med meningsfuld beskæftigelse), som vist i figuren. Medarbejderne fra de psykiatriske bosteder arbejder oftere med meningsfuld beskæftigelse (Tabel 39 i bilaget), ensomhed (Tabel 40 i bilaget) og søvn (Tabel 41 i bilaget) end de øvrige bosteder.

Figur 33: Medarbejdernes arbejde med meningsfuld beskæftigelse, sociale kompetencer, hverdagsmestring og ensomhed (n=315)



Kilde: Medarbejdersurvey.

Arbejdet med ensomhed og relationer handler bl.a. om at sikre en god kontakt med familie, men kan også omfatte hjælp til at etablere nye venskaber – både på og uden for bostedet:

”Vi arbejder med sociale relationer på forskellige måder – det fremgår ofte af borgerens indsatsmål, f.eks. at de skal have hjælp til kontakt med familie, at etablere ligeværdige relationer, få en kæreste – det fylder meget, da de har sociale vanskeligheder.” (Interview, bosted)

Interviewene giver også indikationer på, at trivsel – på de psykiatriske bosteder – i høj grad er relateret til behandlingen af borgernes mentale helbredsudfordringer. Her er psykiatrien en væsentlig samarbejdspartner.

”Vi samarbejder jo med psykiatrien, her er der forskellige kurser. Nu er man gået i gang med at arbejde med NADA (øreakupunktur) både til at dæmpe symptomer, tankemylder og mindske stemmer. Når der er overskud til det, ser vi, om der er noget nyt. Er vi pressede på ressourcer, er der jo ikke tid til det. Det fylder faktisk meget, ikke nødvendigvis det somatiske, men meget det psykiske/mentale.” (Interview, bosted)

11 Barrierer og udfordringer

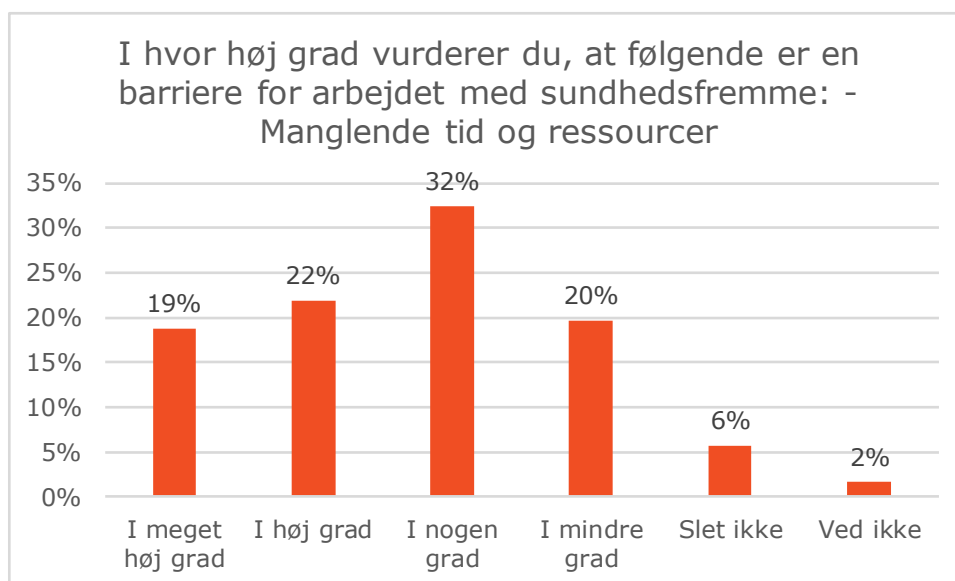
Dette kapitel handler om medarbejdernes vurdering af barrierer og udfordringer for arbejdet med sundhedsfremme på bostederne. Spørgsmålene er bl.a. udviklet på baggrund af resultaterne af den kvalitative forundersøgelse og omfatter følgende emner:

- > Manglende tid og ressourcer
- > Lav motivation blandt borgerne og medarbejderne
- > Dilemma i forhold til at sikre borgernes ret til selvbestemmelse
- > Negative sociale relationer, hvor borgerne fastholder hinanden i usunde vaner
- > En manglende forståelse af konsekvenserne af egne handlinger blandt borgerne.

Ressourcer og motivation

Manglende tid og ressourcer udgør ofte en barriere for implementering af sundhedsfremmende indsatser. Som vist i Figur 34 oplever 41 % af medarbejderne, at manglende tid og ressourcer i meget høj grad eller i høj grad udgør en barriere, mens 26 % svarer, at det i mindre grad/slet ikke er en barriere.

Figur 34: Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad manglende tid og ressourcer udgør en barriere for arbejdet med sundhedsfremme (n=315)



Kilde: Medarbejdersurvey.

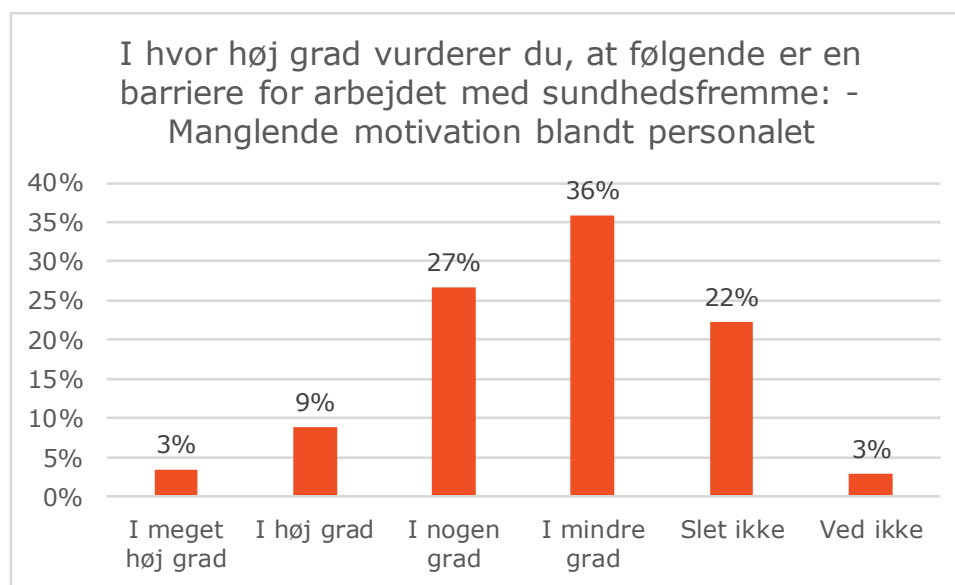
Note: Der er statistisk signifikant forskel på de psykiatriske og de øvrige bosteder.

Vi har bedt medarbejderne vurdere, i hvor høj grad manglende motivation blandt henholdsvis personale og borgere udgør en barriere for det sundhedsfremmende arbejde. Mens kun 12 % af medarbejderne svarer, at manglende motivation blandt personalet i meget høj grad eller i høj grad udgør en barriere

(Figur 35)²³, så er det 69 %, som vurderer, at manglende motivation blandt borgerne i meget høj grad/i høj grad udgør en barriere (Figur 36).

*”Beboernes egen sundhed er langt nede på listen i forhold til andre ting, de interesserer sig for.”
(Interview, bosted)*

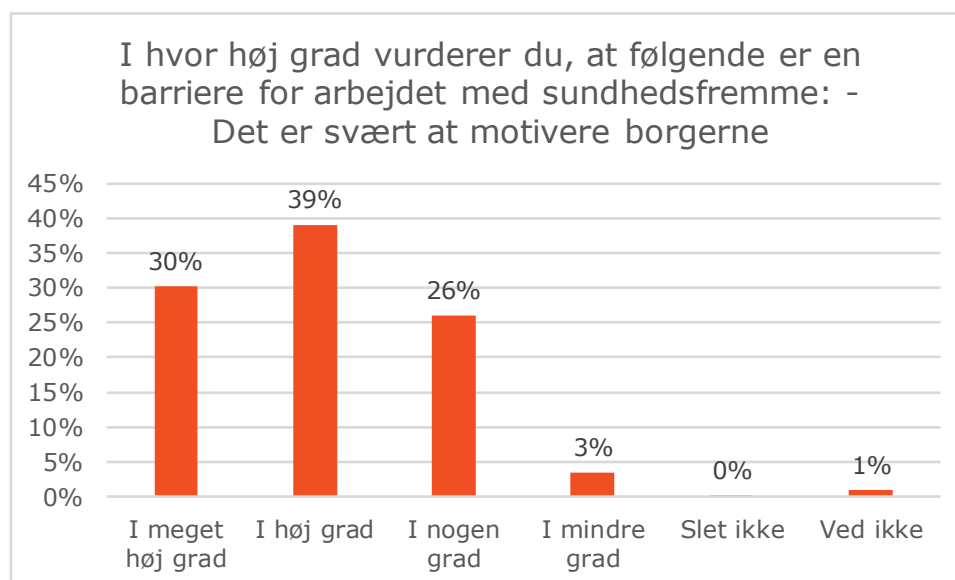
Figur 35: Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad manglende motivation blandt personalet udgør en barriere for arbejdet med sundhedsfremme (n=315)



Kilde: Medarbejdersurvey.

Note: Der er statistisk signifikant forskel på de psykiatriske og de øvrige bosteder.

Figur 36: Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad det er svært at motivere borgerne, udgør en barriere for arbejdet med sundhedsfremme (n=315)



Kilde: Medarbejdersurvey.

Note: Der er statistisk signifikant forskel på de psykiatriske og de øvrige bosteder.

²³ Her svarer 4% af lederne, at manglende motivation i høj grad/meget høj grad udgør en barriere, mens 18% svarer i nogen grad, 46% i mindre grad og 32% slet ikke.

I de kvalitative interviews forklarer medarbejderne ofte, at den manglende motivation hænger sammen med, at borgerne ofte har komplekse problemstillinger, som kan omfatte misbrug, sociale, kognitive og psykiske vanskeligheder. Disse vanskeligheder betyder, at det kan være svært for borgeren at finde overskud til at omlægge deres livsstil - selv blandt borgere, som er motiverede:

*"Ja, det er svært at motivere dem. Ja, inaktivitet, medicinen er sløvende, initiativløshed, den psykiatriske diagnose, som overskygger alt andet."
(Interview, bosted)*

Det betyder også, at sundhedsfremmeindsatsen kræver en betydelig og vedvarende indsats fra medarbejdernes side. Flere af medarbejderne peger på, at relationen til borgerne er helt afgørende for motivationsarbejdet. Her peger medarbejderne selv på, at deres pædagogiske baggrund kan være en fordel.

"Det er svært at motivere dem. Det er hårdt arbejde. Det er relationerne, der har betydning - og at man opdager, at det er sjovt - det er ikke andre barrierer end for andre mennesker ellers." (Interview, bosted)

Et review fra 2016 har undersøgt, hvad der motiverer mennesker med psykiske lidelser til fysisk aktivitet. Her peger forskerne på, at ønske om vægttab og forbedring af humør/reduktion af stress oftest blev fremhævet af patienterne, mens stress og dårligt humør på den anden side udgjorde nogle af de hyppigste barrierer²⁴.

Herudover viser analyserne, at det kan være en udfordring, at borgerne mangler forståelse for konsekvenserne af deres handlinger. Medarbejdere fra de øvrige bosteder svarer oftere end medarbejderne fra de psykiatriske bosteder, at borgernes manglende forståelse for konsekvenserne af deres handlinger udgør en barriere for arbejdet med sundhedsfremme, som vist i Tabel 14. Den forskel kan afspejle, at en stor del af beboerne på de øvrige bosteder har kognitive funktionsnedsættelser.

²⁴ <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/motivating-factors-and-barriers-towards-exercise-in-severe-mental-illness-a-systematic-review-and-metaanalysis/1802F617B64F75CF6721FE59A2F73D1F>.

Tabel 14: Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad borgernes manglende forståelse for konsekvenserne af deres handlinger udgør en barriere for arbejdet med sundhedsfremme fordelt på type af bosted

	Psykiatrisk	Øvrige	Total
I meget høj grad	23 (28 %)	115 (50 %)	138 (44 %)
I høj grad	27 (33 %)	83 (36 %)	110 (35 %)
I nogen/mindre grad/slet ikke	31 (38 %)	33 (14 %)	64 (21 %)
I alt	81	231	312

Kilde: Medarbejdersurvey. Medarbejdere, som svarede *ved ikke* er ekskluderet (n=2).

Note: Der er statistisk signifikant forskel på besvarelsene

Et af bostederne har også gode erfaringer med at bruge rollespil i forhold til borgere med kognitive funktionsnedsættelser, som de bl.a. bruger i arbejdet med krop og seksualitet:

"Der er rigtig mange, der glade for rollespil, fordi de giver en anden indlæring. Vi stiller nogle situationer op, og så kommer ikke bare medarbejderne, men også beboerne med løsningsforslag." (Interview, bosted)

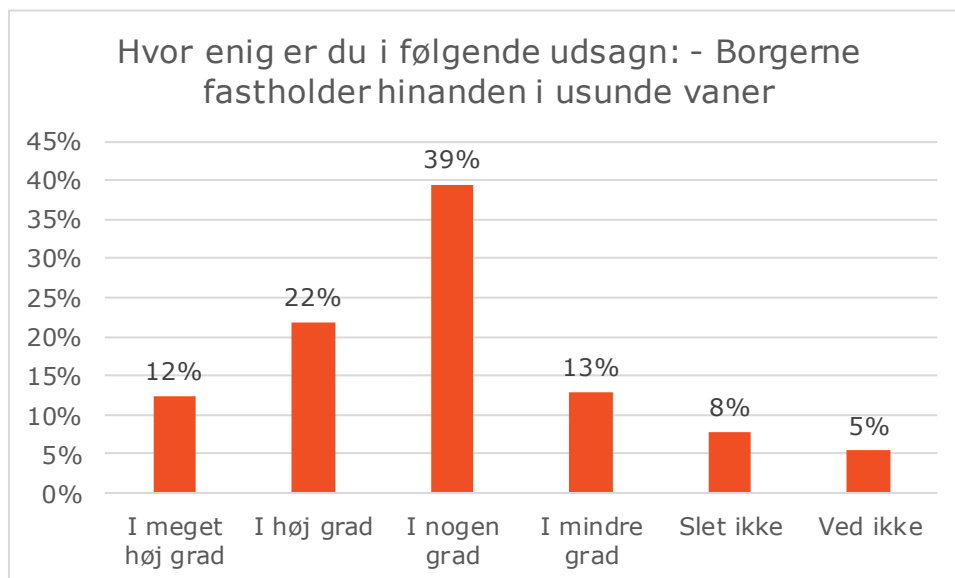
Betydningen af sociale relationer

Den kvalitative forundersøgelse peger også på, at medarbejdere og ledere oplever, at borgerne fastholder hinanden i usunde vaner, f.eks. fordi de får et socialt fællesskab om rygning eller usund kost. Idet der er flere borgere med en uhen-sigtsmæssig sundhedsadfærd på bostederne end i det øvrige samfund, kan borgerne være med til at forstærke den adfærd.

"Men det er også hele kulturen, cigaretter bliver lånt på kryds og tværs, de går ned på grillen sammen og deler en øl. Deres fællesskab er jo ikke at mødes på fodboldbanen. Mange bevæger sig kun i radius på 1 km rundt om her. Det er, som om de påvirker hinanden i et fællesskab med de ting, der er usundt." (Interview, bosted)

Som vist i Figur 37 svarer 34 % af medarbejderne, at de i meget høj grad/i høj grad er enig i, at borgerne fastholder hinanden i usunde vaner.

Figur 37: Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad borgerne fastholder hinanden i usunde vaner (n=315)



Kilde: Medarbejdersurvey.

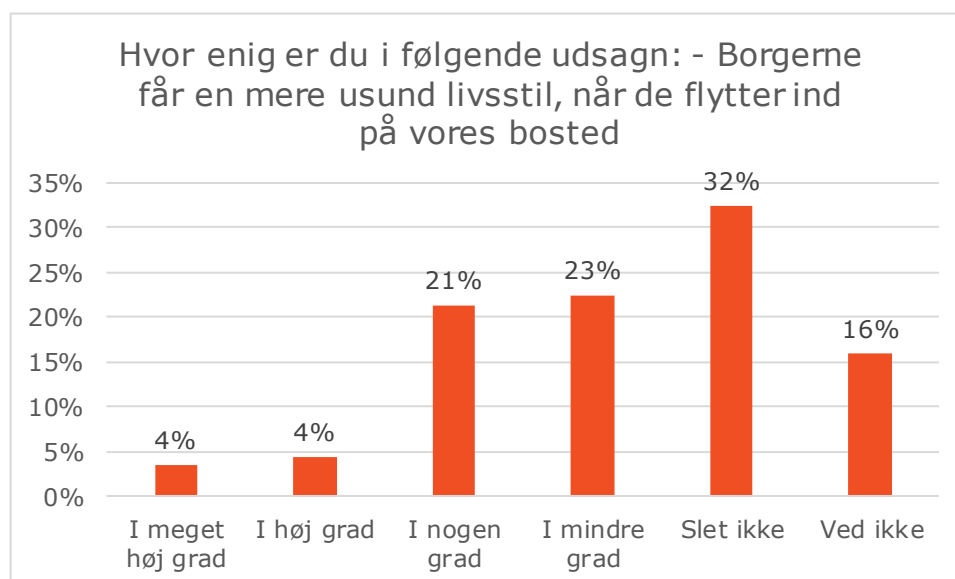
Note: Der er statistisk signifikant forskel på de psykiatriske og de øvrige bosteder.

De kvalitative interview indikerede også, at nogle borgere fik en mere sund livsstil, når de flyttede ind på bostedet. Det gjaldt især de unge, som tidligere havde boet hos deres forældre, og som pludseligt oplever, at de får en større frihed og selvbestemmelse på bostedet.

"Når nogle af de unge mennesker flytter ind, så fylder de sig med alt det, som de ikke har fået lov til at spise derhjemme. Det skaber store frustrationer, fordi vi lige pludselig ser en ung mand tage ti kg på over et par år." (Interview, bosted)

De kvantitative analyser peger dog på, at der ikke er en meget udbredt opfattelse af, at beboerne får en usundere livsstil. Ca. 8 % af medarbejderne (se Figur 38) vurderer, at borgerne i meget høj grad eller i høj grad får en mere sund livsstil, når de flytter ind på bostedet. Bemærk, at 16 % af medarbejderne har svaret *ved ikke* til dette spørgsmål. Det kan tyde på, at det har været svært for medarbejderne at svare på spørgsmålet. Det kan skyldes, at medarbejderne ikke havde kendskab til borgernes sundhedstilstand/vaner, før de flyttede ind på bostedet.

Figur 38: Medarbejderne vurdering af, i hvor høj grad borgerne får en mere usund livsstil, når de flytter ind på bostedet (n=315)



Kilde: Medarbejdersurvey.

Note: Der er statistisk signifikant forskel på de psykiatriske og de øvrige bosteder.

Slutteligt peger de kvalitative interviews på, at fastholdelse af relationer til andre uden for bostedet netop kan være med til at motivere borgerne til en sundere livsstil. Dette fund er også i overensstemmelse med et tidligere kvalitativt studie blandt psykiatribrugere i Danmark²⁵.

"Det at komme ud og spejle sig i andre mennesker end dem, de bor med. De kender jo alle hinanden så godt, at de kan godt hive hinanden tilbage i de samme roller. Der sker også noget, når man er inde bag 'murene'. Men det skal også give mening at komme ud." (Interview, bosted)

Ret til selvbestemmelse

Figur 39 viser, i hvor høj grad medarbejderne er enige i udsagnet om, at det er svært at hjælpe borgeren til et sundere liv og samtidigt respektere deres ret til selvbestemmelse. Spørgsmålet er udarbejdet på baggrund af resultater fra den kvalitative interviewundersøgelse, som viste, at både medarbejdere og ledere oplevede et dilemma i forhold til at hjælpe borgerne til et sundere liv og samtidig respektere borgernes selvbestemmelse, f.eks. hvis borgerne har en meget uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, men ikke ønsker at ændre den.

"Borgerne er tænkende og handlende, så det er svært at afgøre, hvornår vi skal blande os, og hvornår vi ikke skal." (Interview, bosted)

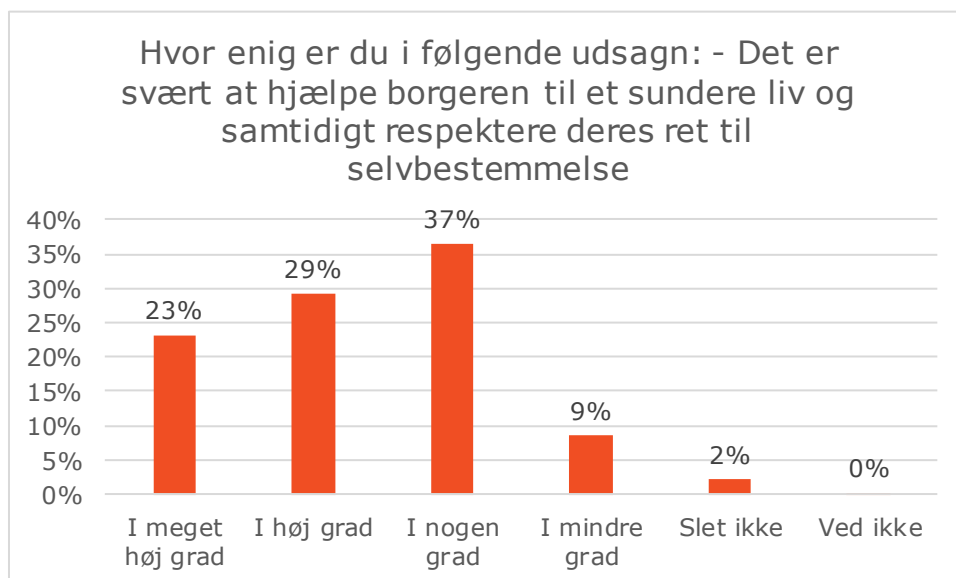
"Men der er også mange forskellige holdninger til sundhed i samfundet, og der er jo sådan noget helt grundlæggende:

²⁵ Pals, R.A.S. & A. N. Hempler (2018). How to achieve a collaborative in health promotion: preferences and ideas of users of mental health services. Scandinavian Journal of Caring Sciences.

Hvor meget skal samfundet blande sig i folks liv? Der kommer jo sådan nogle temaer hele tiden. Først kom rygning, og overvægt bliver det næste – hvor tæt skal man på." (Interview, bosted)

Som vist i Figur 39 svarer 52 % af medarbejderne, at de i meget høj grad eller i høj grad er enige i, at det er svært at hjælpe borgerne til et sundere liv og samtidigt respektere deres ret til selvbestemmelse. Ligeledes viser Figur 40, at 44 % af lederne i meget høj grad eller i høj grad er enige i, at det er svært at hjælpe borgerne til et sundere liv og samtidigt respektere deres ret til selvbestemmelse.

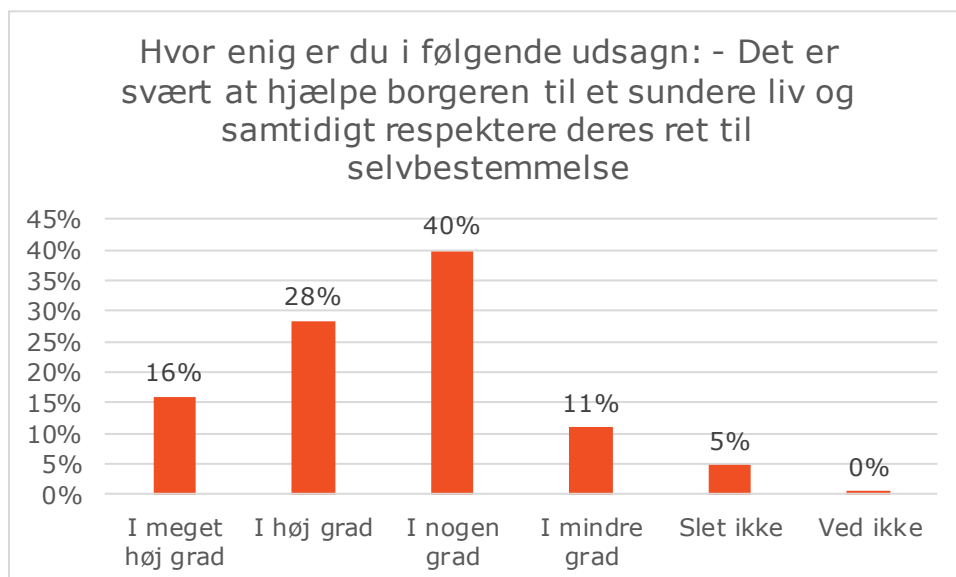
Figur 39 Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad det er svært at hjælpe borgerne til et sundere liv og samtidigt respektere deres ret til selvbestemmelse (n=315)



Kilde: Medarbejdersurvey.

Note: Der er statistisk signifikant forskel på de psykiatriske og de øvrige bosteder.

Figur 40 Ledernes vurdering af, i hvor høj grad det er svært at hjælpe borgerne til et sundere liv og samtidigt respektere deres ret til selvbestemmelse (n=276)



Kilde: Ledersurvey.

De kvalitative interview peger på, at spørgsmålet om borgernes ret til selvbestemmelse er et komplekst spørgsmål, som bl.a. handler om at støtte borgerne i at blive mere selvstændige og at respektere, hvordan de gerne vil leve deres liv. Det er en grundlæggende værdi i det rehabiliterende arbejde.

"Her har man retten til at tabe tænderne og blive tyk. Man har sin egen selvbestemmelsesret. Men det handler om balancen mellem omsorgssvigt og omsorg. Det går vi meget op i." (Interview, bosted)

Samtidigt er medarbejderne opmærksomme på, at borgerne har behov for særligt støtte, og at de som medarbejdere har et ansvar for borgerens sundhed.

"Vi tænker, at de selv har et ansvar, men vi tænker faktisk, at vi først og fremmest har et ansvar, fordi de grundet deres diagnoser har svært ved at se konsekvenser." (Interview, bosted)

De ovenstående citater afspejler, at der for medarbejderne er tale om et etisk og moralsk dilemma i det sundhedsfremmende arbejde, som bliver sat på spidsen, når man arbejder med borgere som er psykisk og kognitivt udfordrede.

"Lige meget hvad skal man respektere privatlivet – vi kan ikke kræve at komme ind hos beboeren, og vi er i princip gæster hos borgeren." (Interview, bosted)

12 Bilag A

Tabeller vedrørende borgernes sundhedsadfærd

Analyserne er baseret på spørgsmålet: *I hvor høj grad vurderer du, at følgende områder udgør et problem/udfordring for borgerne på bostedet?*

Tabel 15: Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad kost og ernæring er en udfordring fordelt på type af bosted¹

	Psykiatrisk	Øvrige	Total
	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>
I meget høj grad	25 (31 %)	47 (20 %)	72 (23 %)
I høj grad	30 (38 %)	83 (36 %)	113 (36 %)
I nogen grad	18 (23 %)	72 (31 %)	90 (29 %)
I mindre grad/slet ikke	7 (9 %)	31 (13 %)	38 (12 %)
I alt	80	233	313

Kilde: Medarbejdersurvey. Medarbejdere, som svarede *ved ikke*, er ekskluderet (n=2).

Note: Ingen statistisk signifikant forskel.

Tabel 16: Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad fysisk aktivitet er en udfordring fordelt på type af bosted

	Psykiatrisk	Øvrige	Total
	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>
I meget høj grad	33 (41 %)	59 (25 %)	92 (29 %)
I høj grad	28 (35 %)	89 (38 %)	117 (37 %)
I nogen/mindre grad/slet ikke	19 (24 %)	85 (37 %)	104 (33 %)
I alt	80	233	313

Kilde: Medarbejdersurvey. Medarbejdere, som svarede *ved ikke*, er ekskluderet (n=2).

Note: Statistisk signifikant forskel.

Tabel 17 Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad søvn er en udfordring fordelt på type af bosted

	Psykiatrisk	Øvrige	Total
	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>
I meget høj	22 (27 %)	28 (12 %)	50 (16 %)
I høj grad	21 (26 %)	51 (22 %)	72 (23 %)
I nogen grad	25 (31 %)	86 (37 %)	111 (36 %)
I mindre grad/slet ikke	13 (16 %)	66 (29 %)	79 (25 %)
I alt	81	231	312

Kilde: Medarbejdersurvey. Medarbejdere, som svarede *ved ikke*, er ekskluderet (n=2).

Note: Statistisk signifikant forskel.

Tabel 18 Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad tandsundhed er en udfordring fordelt på type af bosted

	Psykiatrisk	Øvrige	Total
	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>
I meget høj grad	22 (28 %)	29 (13 %)	51 (17 %)
I høj grad	25 (31 %)	71 (31 %)	96 (31 %)
I nogen grad	23 (29 %)	68 (30 %)	91 (30 %)
I mindre grad/slet ikke	10 (13 %)	60 (26 %)	70 (23 %)
I alt	80	228	308

Kilde: Medarbejdersurvey. Medarbejdere, som svarede *ved ikke*, er ekskluderet (n=7).

Note: Statistisk signifikant forskel.

Tabel 19 Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad mentalt helbred er en udfordring fordelt på type af bosted

	Psykiatrisk	Øvrige	Total
	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>
I meget høj grad	37 (46 %)	57 (25 %)	94 (31 %)
I høj grad	24 (30 %)	79 (35 %)	103 (33 %)
I nogen/mindre grad/slet ikke	19 (24 %)	92 (40 %)	111 (36 %)
I alt	80	228	308

Kilde: Medarbejdersurvey. Medarbejdere, som svarede *ved ikke*, er ekskluderet (n=7).

Note: Statistisk signifikant forskel.

Tabel 20 Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad alkohol er en udfordring fordelt på type af bosted

	Psykiatrisk	Øvrige	Total
	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>
I meget høj grad	18 (22 %)	25 (11 %)	43 (14 %)
I høj grad	12 (15 %)	25 (11 %)	37 (12 %)
I nogen grad	30 (37 %)	34 (15 %)	64 (21 %)
I mindre grad/slet ikke	21 (26 %)	144 (63 %)	165 (53 %)
I alt	81	228	309

Kilde: Medarbejdersurvey. Medarbejdere, som svarede *ved ikke*, er ekskluderet (n=6).

Note: Statistisk signifikant forskel.

Tabel 21 Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad rygestop er en udfordring fordelt på type af bosted

	Psykiatrisk	Øvrige	Total
	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>
I meget høj grad	30 (39 %)	41 (19 %)	71 (24 %)
I høj grad	18 (23 %)	39 (18 %)	57 (19 %)
I nogen grad	18 (23 %)	41 (19 %)	59 (20 %)
I mindre grad/slet ikke	12 (15 %)	101 (46 %)	113 (38 %)
I alt	78	222	300

Kilde: Medarbejdersurvey. Medarbejdere, som svarede *ved ikke*, er ekskluderet (n=15).

Note: Statistisk signifikant forskel.

Tabeller vedr. ledernes og medarbejdernes uddannelsesbaggrund

Tabel 22 Ledere med sundhedsfaglig baggrund fordelt på type af bosted

	Psykiatrisk	Øvrige	Total
	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>
Ikke-sundhedsfaglig	19 (43 %)	132 (70 %)	151 (65 %)
Sundhedsfaglig ¹	25 (57 %)	58 (30 %)	83 (36 %)
I alt	44	190	234

Kilde: Ledersurvey. Ledere, som svarede *andet*, er ekskluderet i analysen (n=42).

Note: Statistisk signifikant forskel.

¹Følgende uddannelser indgår i kategorien *sundhedsfaglig uddannelse*: Ergoterapeut, fysioterapeut, psykolog, SOSU-assistent og sygeplejerske.

Tabel 23 Medarbejdere med sundhedsfaglig baggrund fordelt på type af bosted

	Psykiatrisk	Øvrige	Total
	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>
Ikke-sundhedsfaglig	32 (44 %)	129 (66 %)	161 (60 %)
Sundhedsfaglig ¹	40 (56 %)	68 (35 %)	108 (40 %)
I alt	72	197	269

Kilde: Medarbejdersurvey. Medarbejdere, som svarede *andet*, er ekskluderet (n=46).

Note: Statistisk signifikant forskel.

¹Følgende uddannelser indgår i kategorien *sundhedsfaglig baggrund*: Ergoterapeut, fysioterapeut, psykolog, SOSU-assistent, SOSU-hjælper og sygeplejerske.

Tabeller vedrørende prioritering og tilgang

Tabel 24: Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad sundhed og sundhedsfremme er en del af deres arbejdsopgaver fordelt på medarbejdere med og uden en sundhedsfaglig baggrund

	<i>Ikkesund- hedsfaglig</i>	<i>Sundheds- faglig</i>	<i>Total</i>
	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>
I meget høj grad	13 (8 %)	35 (33 %)	48 (18 %)
I høj grad	59 (37 %)	38 (36 %)	97 (36 %)
I nogen grad	52 (32 %)	24 (22 %)	76 (28 %)
I mindre grad/slet ikke	37 (23 %)	10 (9 %)	47 (18 %)
I alt	161	107	268

Kilde: Medarbejdersurvey. Medarbejdere, som svarede *ved ikke* eller *andet*, er ekskluderet (n=47).

Note: Statistisk signifikant forskel.

Tabel 25: Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad de prioriterer sundhed og sundhedsfremmende aktiviteter fordelt på medarbejdere med og uden sundhedsfaglig baggrund

	<i>Ikkesund- hedsfaglig</i>	<i>Sundheds faglig</i>	<i>Total</i>
	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>
I meget høj grad	15 (9 %)	29 (27 %)	44 (16 %)
I høj grad	77 (48 %)	42 (39 %)	119 (44 %)
I nogen/mindre grad/slet ikke	69 (43 %)	37 (34 %)	106 (39 %)
I alt	161	108	269

Kilde: Medarbejdersurvey. Medarbejdere, som svarede *ved ikke* eller *andet*, er ekskluderet (n=47).

Note: Statistisk signifikant forskel.

Tabel 26 Medarbejdernes brug af den motiverende samtale fordelt på medarbejdere med og uden en sundhedsfaglig baggrund

	<i>Ikkesund- hedsfaglig</i>	<i>Sundheds faglig</i>	<i>Total</i>
Ja	138 (86 %)	98 (91 %)	236 (88 %)
Nej/ved ikke	23 (14 %)	10 (9 %)	33 (12 %)
I alt	161	108	269

Kilde: Medarbejdersurvey. Medarbejdere, som svarede *ved ikke* eller *andet*, er ekskluderet (n=47).

Note: Ingen statistisk signifikant forskel.

Tabeller vedr. Kompetencer og viden

Tabel 27: Medarbejdernes vurdering af deres kompetencer til at motivere borgerne fordelt på medarbejdere med og uden en sundhedsfaglig baggrund

	Ikkesund- hedsfaglig	Sundheds faglig	Total
	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)
I meget høj grad	9 (6 %)	28 (26 %)	37 (14 %)
I høj grad	80 (50 %)	50 (47 %)	130 (49 %)
I nogen/mindre grad/slet ikke	72 (45 %)	29 (27 %)	101 (38 %)
I alt	161	107	268

Kilde: Medarbejdersurvey. Medarbejdere, som svarede *ved ikke*, er ekskluderet (n=47).

Note: Statistisk signifikant forskel.

Tabel 28: Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad de mangler viden om kost og ernæring fordelt på type af bosted

	Psykiatrisk	Øvrige	I alt
	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)
I meget høj/høj/nogen grad	18 (22 %)	86 (37 %)	104 (33 %)
I mindre grad/slet ikke	63 (78 %)	148 (63 %)	211 (67 %)
I alt	81	234	315

Kilde: Medarbejdersurvey. Medarbejdere, som svarede *ved ikke*, er ekskluderet (n=0).

Note: Ingen statistisk signifikant forskel.

Tabel 29: Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad de mangler viden om mentalt helbred fordelt på type af bosted

	Psykiatrisk	Øvrige	I alt
	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)
I meget høj/i høj/nogen grad	26 (33 %)	108 (47 %)	134 (44 %)
I mindre grad/slet ikke	53 (67 %)	121 (53 %)	174 (57 %)
I alt	79	229	308

Kilde: Medarbejdersurvey. Medarbejdere, som svarede *ved ikke*, er ekskluderet (n=7).

Note: Statistisk signifikant forskel.

Tabel 30: Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad de mangler viden om fysisk aktivitet fordelt på type af bosted

	Psykiatrisk	Øvrige	Total
	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)
I meget høj grad/i høj grad/i nogen grad	16 (20 %)	59 (25 %)	75 (24 %)
I mindre grad/slet ikke	65 (80 %)	175 (75 %)	240 (76 %)
I alt	81	234	315

Kilde: Medarbejdersurvey.

Note: Ingen statistisk signifikant forskel.

Tabel 31: Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad de mangler viden om tandsundhed fordelt på type af bosted

	Psykia- trisk	Øvrige	Total
	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>
I meget høj grad/i høj/nogen grad/ved ikke	28 (35 %)	92 (40 %)	120 (38 %)
I mindre grad/slet ikke	52 (65 %)	138 (60 %)	190 (61 %)
I alt	80	230	310

Kilde: Medarbejdersurvey. Medarbejdere, som svarede *ved ikke*, er ekskluderet (n=5).

Note: Ingen statistisk signifikant forskel.

Tabel 32: Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad de mangler viden om søvn fordelt på type af bosted

	Psykia- trisk	Øvrige	Total
	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>
I meget høj grad/i høj/nogen grad/ved ikke	29 (36 %)	91 (39 %)	120 (38 %)
I mindre grad/slet ikke	52 (64 %)	142 (61 %)	194 (62 %)
I alt	81	233	314

Kilde: Medarbejdersurvey. Medarbejdere, som svarede *ved ikke*, er ekskluderet (n=1).

Note: Ingen statistisk signifikant forskel.

Tabel 33: Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad de mangler viden om alkohol fordelt på type af bosted

	Psykia- trisk	Øvrige	Total
	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>
I meget høj grad/i høj/nogen grad/ved ikke	21 (26 %)	61 (27 %)	82 (27 %)
I mindre grad/slet ikke	59 (74 %)	169 (74 %)	228 (74 %)
I alt	80	230	310

Kilde: Medarbejdersurvey. Medarbejdere, som svarede *ved ikke*, er ekskluderet (n=5).

Note: Ingen statistisk signifikant forskel.

Tabel 34: Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad de mangler viden om rygestop fordelt på type af bosted

	Psykia- trisk	Øvrige	Total
	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>
I meget høj grad/i høj/nogen grad/ved ikke	29 (36 %)	68 (29 %)	97 (31 %)
I mindre grad/slet ikke	51 (64 %)	163 (71 %)	214 (69 %)
I alt	80	231	311

Kilde: Medarbejdersurvey. Medarbejdere, som svarede *ved ikke*, er ekskluderet (n=4).

Note: Ingen statistisk signifikant forskel.

Tabeller vedrørende rygning, alkohol og stoffer

Tabel 35: Medarbejdernes arbejde med rygestop (hyppighed) fordelt på type af bosted

	Psykiatrisk	Øvrige	I alt
	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>
Dagligt/ugentligt	24 (30 %)	28 (12 %)	52 (17 %)
Månedligt	20 (25 %)	45 (19 %)	65 (21 %)
Årligt/aldrig	37 (46 %)	161 (69 %)	198 (63 %)
I alt	81	234	315

Kilde: Medarbejdersurvey.

Note: Statistisk signifikant forskel.

Tabel 36 Medarbejdernes vurdering af, i hvor høj grad rygning er livskvalitet for beboerne fordelt på type af bosted

	Psykiatrisk	Øvrige	Total
	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>
Meget enig	15 (19 %)	32 (14 %)	47 (15 %)
Enig	31 (38 %)	77 (33 %)	108 (35 %)
Hverken eller/ved ikke	25 (31 %)	80 (34 %)	105 (33 %)
Uenig/meget uenig	10 (12 %)	45 (19 %)	55 (18 %)
I alt	81	234	315

Kilde: Medarbejdersurvey.

Note: Ingen statistisk signifikant forskel.

Tabel 37: Medarbejdernes vurdering af, om rygning har en beroligende effekt på borgerne fordelt på medarbejdernes uddannelse

	Ikkesundheds- faglig	Sundheds- faglig	Total
	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>
Meget enig	25 (16 %)	21 (19 %)	46 (17 %)
Enig	51 (32 %)	47 (44 %)	98 (36 %)
Hverken eller/ved ikke	59 (37 %)	27 (25 %)	86 (32 %)
Uenig/meget uenig	26 (16 %)	13 (12 %)	39 (14 %)
I alt	232	108	269

Kilde: Medarbejdersurvey.

Note: Ingen statistisk signifikant forskel.

Tabel 38: Ledernes vurdering af, i hvor høj grad rygning er livskvalitet for beboerne fordelt på type af bosted

	Psykiatrisk	Øvrige	I alt
	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>	<i>Antal (%)</i>
Meget enig/enig	23 (41 %)	66 (30 %)	89 (32 %)
Hverken eller/ved ikke	19 (34 %)	95 (43 %)	114 (41 %)
Uenig/meget uenig	14 (25 %)	59 (27 %)	73 (26 %)
I alt	56	220	276

Kilde: Ledersurvey.

Note: Ingen statistisk signifikant forskel.

Tabeller vedrørende mental sundhed og trivsel

Tabel 39: Medarbejdernes arbejde med meningsfuld beskæftigelse (hyppighed) fordelt på type af bosted

	Psykiatrisk	Øvrige	Total
Dagligt	34 (42 %)	128 (55 %)	162 (51 %)
Ugentligt	31 (38 %)	45 (19 %)	76 (24 %)
Månedligt/årligt/aldrig	16 (20 %)	61 (26 %)	77 (24 %)
I alt	81	234	315

Kilde: Medarbejdersurvey.

Note: Statistisk signifikant forskel.

Tabel 40: Medarbejdernes arbejde med ensomhed (hyppighed) fordelt på type af bosted

	Psykiatrisk	Øvrige	Total
Dagligt	36 (44 %)	70 (30 %)	106 (34 %)
Ugentligt	28 (35 %)	67 (29 %)	95 (30 %)
Månedligt	12 (15 %)	47 (20 %)	59 (19 %)
Årligt/aldrig	5 (6 %)	50 (21 %)	55 (18 %)
I alt	81	234	315

Kilde: Medarbejdersurvey.

Note: Statistisk signifikant forskel.

Tabel 41: Medarbejdernes arbejde med søvn (hyppighed) fordelt på type af bosted

	Psykiatrisk	Øvrige	Total
Dagligt	27 (33 %)	82 (35 %)	109 (35 %)
Ugentligt	38 (47 %)	67 (29 %)	105 (33 %)
Månedligt	11 (14 %)	43 (18 %)	54 (17 %)
Årligt/aldrig	5 (6 %)	42 (18 %)	47 (15 %)
I alt	81	234	315

Kilde: Medarbejdersurvey.

Note: Statistisk signifikant forskel.