

DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI rapport 2004.06

Sygehuspersonalets perspektiver på forebyggelse

– casestudier fra et kardiologisk og
et lungemedicinsk afsnit

Marlene Willemann

Eva Thune Jacobsen



Sygehuspersonalets perspektiver på forebyggelse

– casestudier fra et kardiologisk og et lungemedicinsk afsnit

Marlene Willemann

Eva Thune Jacobsen

Maj 2004



DSI Institut for Sundhedsvæsen

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

Copyright © DSI Institut for Sundhedsvæsen 2004

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes tilsendt:

DSI Institut for Sundhedsvæsen

Postbox 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 87-7488-396-8

ISSN 0904-1737

Sats: Peter Dyrvig Grafisk Design

Tryk: Frederiksberg Bogtrykkeri

Forord

Der har i de seneste år været stor sundhedspolitisk interesse for – og fokus på – at sygehusene skal integrere livsstilsrelateret forebyggelse i den kliniske praksis på linie med undersøgelse, behandling og pleje. Baggrunden herfor er et ønske om at reducere samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med livsstilssygdomme, at øge befolkningens middellevetid og at reducere den sociale ulighed. Et centralt spørgsmål er imidlertid, hvordan man kommer fra teori til praksis, dvs. hvordan sygehuspersonalet i praksis får implementeret det forebyggende arbejde, således at det rent faktisk udføres på sygehuse.

Denne rapport undersøger sygehuspersonalets perspektiver på – og praksis omkring – livsstilsrelateret forebyggelse, ligesom barrierer og fremmende faktorer for det forebyggende arbejde på sygehuse identificeres. Gennem observationer og interviews med læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og fysioterapeuter på et kardiologisk og et lungemedicinsk afsnit, analyseres faggruppernes perspektiver på og håndtering af livsstilsrelateret forebyggelse. Analysen giver en dybdegående forståelse for sygehuspersonalets forebyggelsespraksis, deres perspektiver på forebyggelse og for de vilkår personalet har for at udføre forebyggelse.

Målet med rapporten er at øge indsigten i – og forståelsen for – forebyggelsens placering i den daglige kliniske praksis. Rapporten kan således bidrage til, at det er muligt at tilrettelægge forebyggelsesarbejdet således, at det forebyggende arbejde på sigt bliver en integreret del af sygehusenes ydelser.

Rapporten henvender sig til sygehuspersonale og sygehusledelser, samt administrativt personale der arbejder med forebyggelse på sygehuse.

En stor tak skal rettes til det sygehuspersonale, der indvilgede i at deltage i undersøgelsens observationer og fokusgruppeinterviews. Endvidere takkes afdelingssygeplejersker, oversygeplejerske og den administrerende overlæge på undersøgelsens sygehus for deres hjælp til at organisere dataindsamlingen. Manuskriptet har været til ekstern peer review hos afdelingschef, dr. med. Lars Iversen og ph.d., projektkoordinator Lucette Meillier, som takkes for kritiske og konstruktive kommentarer.

Undersøgelsen er finansieret af Amtsrådsforeningen og DSI Institut for Sundhedsvæsen.

Marlene Willemann
Cand.scient.soc.

Eva Thune Jacobsen
Ph.d., kultursociolog og fysioterapeut

Henrik Hauschildt Juhl
Vicedirektør

DSI Institut for Sundhedsvæsen
April 2004

Indhold

Resumé	9
1. Indledning	12
1.1. Baggrund for undersøgelsen	12
1.2. Formål og problemstillinger	13
1.3. Undersøgelsens gennemførelse og status	14
2. Empiriske studier af forebyggelse på sygehuse	16
2.1. Søgestrategi	16
2.2. Dansk litteratur om forebyggelse på sygehuse	18
2.2.1. Kortlægning af forebyggelsesaktiviteter på danske sygehuse	18
2.2.2. Sygehuspersonalets egen livsstils betydning for deres forebyggelsespraksis	19
2.2.3. Sygehuslægers perspektiver på forebyggelse	20
2.2.4. Sammenfatning	21
2.3. Udenlandsk litteratur om sygehuspersonalets holdninger til forebyggelse	21
2.3.1. Sygeplejerskers holdninger til forebyggelse	22
2.3.2. Lægers holdninger til forebyggelse	26
2.3.3. Sammenfatning	28
3. Design, metode, datagrundlag og analyseramme	29
3.1. Undersøgelsens design	29
3.2. Valg af metode	29
3.2.1. Gennemførelse af deltagerobservationer	30
3.2.2. Gennemførelse af fokusgruppeinterviews	30
3.3. Udvælgelse af informanter til fokusgruppeinterviews og observation	32
3.4. Analyseramme	34
3.4.1. Kodning	34
3.4.2. Tre fortolkningskontekster	34
3.4.3. Teoretisk analyseramme	35
4. Undersøgelsens resultater	36
4.1. Organisering af det forebyggende arbejde og de fysiske rammer	37
4.1.1. Strukturelle tiltag	37
4.1.2. Samarbejdet faggrupperne imellem	38

4.1.3. Samarbejde med primærsektoren	40
4.1.4. Fysiske rammer	41
4.1.5. Sammenfatning og fortolkning	43
4.2. Idealer og etiske overvejelser	46
4.2.1. Sikring af patientens informerede valg	46
4.2.2. Vejledning frem for styring i en ligeværdig dialog	47
4.2.3. Omsorg og nytteetik	48
4.2.4. Sammenfatning og fortolkning	49
4.3. Sygehuspersonalets opfattelse af deres forebyggelsespraksis	51
4.3.1. Patientens motivation, vidensniveau og sind	52
4.3.2. Den gode kontakt	53
4.3.3. Relationen mellem behandling, pleje og forebyggelse	55
4.3.4. Klædt på til at forebygge på livsstilsområdet?	57
4.3.5. Sammenfatning og fortolkning	57
4.4. Sygehuspersonalet som positiv rollemodel	59
4.4.1. Empati, identifikation og (u)troværdighed	60
4.4.2. Sammenfatning og fortolkning	62
5. Konklusioner	63
5.1. Sygehuspersonalets opfattelse af deres rolle i det forebyggende arbejde	63
5.1.1. Fysioterapeuterne	63
5.1.2. Plejepersonalet	63
5.1.3. Lægerne	63
5.1.4. Sygehuspersonalet som positive rollemodeller	64
5.2. Sygehuspersonalets forebyggelsespraksis	64
5.2.1. Strukturelle tiltags betydning	64
5.2.2. Betydningen af internt og eksternt samarbejde	65
5.2.3. Prioritering mellem behandling, pleje og forebyggelse	65
5.2.4. Betydningen af patientens motivation, viden og sind	66
5.2.5. Prioritering mellem patienter	66
5.2.6. Betydningen af god patientkontakt	66
5.3. Barrierer og fremmende faktorer for det forebyggende arbejde på sygehuse	67
5.3.1. Organiseringen af det forebyggende arbejde og de fysiske rammer	67
5.3.2. Barrierer og fremmende faktorer i sygehuspersonalets idealer for forebyggelse	69
5.3.3. Barrierer og fremmende faktorer i sygehuspersonalets forebyggelsespraksis	69
5.3.4. Barrierer og fremmende faktorer i forbindelse med idéen om sygehuspersonalet som positiv rollemodel	70

6. Diskussion	71
6.1. Styrker og begrænsninger ved undersøgelsens design og metode	71
6.2. Diskussion af undersøgelsens resultater	72
6.2.1. Forebyggelse som en styringsteknologi	73
6.2.2. Sygehuspersonalet som positive rollemodeller	74
6.2.3. Forskellige niveauer i sygehuspersonalets perspektiv på forebyggelse	76
6.2.4. Undersøgelsens resultater set i forhold til den øvrige forskning på området	78
6.2.5. Afsluttende bemærkninger	79
7. Referenceliste	80
8. Bilag	83
8.1. Undersøgelsens oprindelige design	83
8.2. Observationsskema	85
8.3. Interviewguide til fysioterapeuter	85
8.4. Interviewguide til plejepersonalet på lungemedicinsk afsnit	87
8.5. Interviewguide til plejepersonalet på kardiologisk afsnit	88
8.6. Interviewguide til læger på medicinsk afdeling	90

Resumé

I rapporten formidles resultaterne fra en pilotundersøgelse af sygehuspersonalets perspektiver på livsstilsrelateret forebyggelse. Undersøgelsen er baseret på observationer og fokusgruppeinterviews med læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og fysioterapeuter på hhv. et kardiologisk og et lungemedicinsk afsnit på et større sygehus i provinsen. Formålet med undersøgelsen er at belyse sygehuspersonalets perspektiver på forebyggelse med henblik på at identificere barrierer og fremmende faktorer for, at sygehuspersonalet integrerer livsstilsrelateret forebyggelse i deres daglige kliniske praksis (kapitel 1).

Udvalgt national og international videnskabelig litteratur om sygehuspersonalets perspektiver på forebyggelse gennemgås (kapitel 2), og undersøgelsens design, metode, datagrundlag og analyseramme for det kvalitative datamateriale beskrives (kapitel 3). Rapportens teoretiske analyseramme anskueliggør, hvordan livsstilsrelateret forebyggelse kan ses som en styringsteknologi.

Det kvalitative datamateriale analyseres ved hjælp af fire analysekategorier: Organisering af det forebyggende arbejde og de fysiske rammer; idealer og etiske overvejelser; sygehuspersonalets opfattelse af deres forebyggelsespraksis; sygehuspersonalet som positive rollemodeller (kapitel 4). Nedenfor opsummeres undersøgelsens hovedresultater.

Undersøgelsen viser, at organiseringen af det forebyggende arbejde rummer en uklar arbejdsdeling mellem faggrupperne, og at der ikke systematisk tales om forebyggelse med hver enkelt patient. De fysiske rammer fremmer det forebyggende arbejde, bl.a. fordi der overalt hænger plakater med forskellige sundhedsbudskaber. Men de fysiske rammer kan også formodes at udgøre en barriere for forebyggelsen, idet afsnittene har rygerum til patienterne og fordi der ikke er passende samtalerum, hvor sygehuspersonalet i ro og fred kan tale med patienten om dennes livsstil.

Endvidere viser undersøgelsen, at sygehuspersonalet betragter det som deres pligt at give patienterne mulighed for at træffe et informeret valg angående deres livsstil. Sygehuspersonalet vil vejlede patienterne frem for at moralisere over for og forsøge at styre patienterne. Det kan dog være svært ikke at moralisere, fordi livsstil handler om personlige værdier og egenskaber og derfor har moralske undertoner. Et andet af sygehuspersonalets idealer for forebyggelse er, at de vil udføre forebyggelse gennem ligeværdige dialoger med patienterne. Spørgsmålet er, hvor ligeværdig relationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter kan være, når statusforskelle og afhængighedsfor-

hold er til stede og kan siges at forrykke magtbalancen, hvorved der ikke er tale om en egentlig ligeværdighed.

Undersøgelsen viser desuden, at omsorg overfor patienterne sættes før forebyggelse. Sygehuspersonalet udfører ofte ikke forebyggelse overfor meget gamle eller døende patienter, idet de vil skåne dem for at skulle ændre den livsstil (f.eks. rygning), der er med til at give dem livskvalitet i den sidste tid. Endvidere nedprioriteres forebyggelse over for patienter, som ikke forventes at ændre adfærd. Det drejer sig især om kronisk syge "svingdørspatienter", hvor sygehuspersonalet gør sig nytteetiske overvejelser omkring, hvorvidt det overhovedet kan betale sig at forebygge, når udbyttet sandsynligvis vil være lig nul. Sygehuspersonalets forebyggelsespraksis er således bl.a. styret af deres forventninger til succes, dvs. om patienten ændrer livsstil. Forebyggelsesindsatsen er størst overfor de patienter, hvor indsatsen forventes at have en positiv effekt.

Sygehuspersonalet tilpasser deres forebyggelsesindsats til den enkelte patients vidensniveau og sind og har således en individualiseret tilgang til forebyggelse. Patientens vidensniveau og sind vurderes på baggrund af deres tavse viden. Sygehuspersonalet fremhæver, at god kontakt og et indgående kendskab til patienten er en forudsætning for, at forebyggelse lykkes. Livsstilsrelateret forebyggelse kræver fortrolighed med patienten, og opnåelsen af denne gode kontakt kræver et vist mentalt overskud hos de sundhedsprofessionelle, som ikke altid er til stede. Dette tyder på, at forebyggelse ikke er en naturlig del af personalets faglige kerne. Et andet tegn på at forebyggelse endnu ikke er en integreret del af faggruppernes kliniske praksis er, at forebyggelsesaktiviteterne skæres væk, når der er travlhed. Endelig viser undersøgelsen, at faglig viden om livsstilsfaktorerens indvirkning på helbredet og metoder til at forebygge er en forudsætning for, at sygehuspersonalet udfører forebyggelse. Især fysioterapeuterne føler sig ikke rustet til at forebygge, men også plejepersonalet efterlyser mere uddannelse i forebyggelse.

Sygehuspersonalet har en ambivalent holdning til idéen om, at sygehuspersonalet skal være positive rollemodeller for patienterne, dvs. at de også selv skal leve sundt. På den ene side kan de godt se, at det vil styrke deres forebyggelsesbudskabers troværdighed, men på den anden side kan de også se fordele ved, at de netop ikke har en 100% sund livsstil.

Undersøgelsens konklusion fokuserer bl.a. på de barrierer og fremmende faktorer, der eksisterer i forbindelse med sygehuspersonalets forebyggende arbejde. Faggruppernes forebyggelsespraksis influeres positivt af forskellige strukturelle tiltag som ernæringsteam, rygestoptilbud og rehabiliteringskurser, og negativt af den uklare arbejdsdeling mellem faggrupperne, manglende tilbud i primærsektoren, meget akut arbejde, dårlig kontakt med patienten,

manglende motivation hos patienten og manglende mentalt overskud hos den enkelte sundhedsprofessionelle. Desuden konkluderes, at der er divergerende opfattelser af betydningen af idéen om sygehuspersonalet som positive rollemodeller over for patienterne (kapitel 5).

Til sidst diskuteres undersøgelsens metode og den teoretiske analyseramme bringes i spil overfor undersøgelsens resultater. Idéen om sygehuspersonalet som positive rollemodeller er genstand for en kritisk diskussion, og undersøgelsens resultater sammenlignes med resultaterne fra de gennemgåede undersøgelser, og denne sammenligning viser, at undersøgelsens resultater er i overensstemmelse med disse (kapitel 6).

1. Indledning

I dette indledende kapitel skitseres undersøgelsens baggrund ved at se på, hvorfor det er relevant at udføre livsstilsrelateret forebyggelse på sygehuse. Dernæst gøres der rede for undersøgelsens formål og problemstillinger, ligesom undersøgelsens forebyggelsesbegreb afgrænses.

1.1. Baggrund for undersøgelsen

Der er stor sundhedspolitisk interesse for, at sygehusene integrerer livsstilsrelaterede forebyggelsesaktiviteter i deres kliniske praksis på lige fod med behandling og pleje. Det sundhedspolitiske fokus på livsstilsrelateret forebyggelse skyldes et ønske om at øge befolkningens middellevetid, reducere den sociale ulighed i sundhed og begrænse de samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med befolkningens livsstilssygdomme.

Livsstilsrelateret forebyggelse på sygehuse er relevant af flere grunde. En stor del af indlæggelserne kan kædes sammen med befolkningens livsstil. Alene tobaks- og alkoholrelaterede sygdomme står for 20-25% af alle sygehusindlæggelser (1). Sygehusene har en bred kontaktflade til befolkningen, idet de har ca. 700.000 indlæggelser og ca. 5 millioner ambulante henvendelser om året. Denne brede kontaktflade bevirker, at sygehusene møder meget store dele af befolkningen, heriblandt de dårligst stillede socioøkonomiske grupper, der f.eks. har den største rygeprævalens (2) og samtidig er svære at nå i forbindelse med generelle oplysningskampagner om rygning (3).

Under en indlæggelse befinder patienterne sig ofte i en situation, hvor de er motiverede til at ændre deres livsstil for at forhindre en forværring i deres sygdom. Patienterne er interesserede i at modtage rådgivning om, hvordan de selv kan være med til at påvirke deres sygdom i en positiv retning. En tese lyder, at hvis motivationen af patienterne til at ændre livsstil allerede starter på sygehuset, kan det senere blive lettere for de praktiserende læger og det øvrige sundhedsvæsen at rådgive patienterne om livsstil og at påvirke dem til at fastholde hensigtsmæssige ændringer (4).

Det er dokumenteret at forløbet af kroniske sygdomme påvirkes af patienternes livsstil. For eksempel har patienter med apopleksi (hjerneblødning) og akut myokardie infarkt (blodprop i hjertet) en høj genindlæggelsesfrekvens,

der kan reduceres væsentligt ved hjælp af tertiær¹ forebyggelse rettet mod patienternes livsstil. Forebyggelse er således aldrig for sent at udføre i et sygdomsforløb, idet belastningen på afdelingen kan mindskes ved at forebygge genindlæggelser (1).

Sygdomsmønstre og dermed også sammensætningen af patienterne har ændret sig. For eksempel falder forekomsten af akut myokardie infarkt (blodprop i hjertet), mens antallet af patienter med angina pectoris (hjertesmerter) stiger. Ligeledes er antallet af patienter med diabetes type 2 steget drastisk de seneste år (1). Tendensen i den nye sammensætning af patienter er, at flere patienter efter at være færdigudredt har lige så meget behov for at modtage rådgivning omkring deres livsstil som de har for medicinsk behandling (1).

Samlet set tyder det på, at det kan være en fordel for den samlede forebyggelsesindsats, hvis sygehusene sår det første lille frø i forebyggelsesprocessen ved at rådgive patienterne om sund livsstil. Et centralt spørgsmål er imidlertid, hvordan man kommer fra teori til praksis, dvs. hvordan sygehuspersonalet konkret får implementeret det forebyggende arbejde, således at det rent faktisk udføres i den kliniske praksis på sygehusene.

1.2. Formål og problemstillinger

Formålet er at gennemføre en pilotundersøgelse af sygehuspersonalets perspektiver på forebyggelse med henblik på at identificere barrierer og fremmende faktorer for det forebyggende arbejde på sygehuse.

Sygehuspersonalets perspektiver på forebyggelse har betydning for deres forebyggelsespraksis, og derfor er det vigtigt at belyse disse bl.a. med henblik på at identificere barrierer og fremmende faktorer for den praktiske udførelse af forebyggelse. Med perspektiv menes de forskellige faggruppers opfattelser af forebyggelse, og den betydning som deres opfattelser har for praksis. Både opfattelser og praksis er forankret i den kultur som de sundhedsprofessionelle er en del af – her sygehuskulturen (6).

Forebyggelse kan overordnet defineres som *“den foranstaltning eller proces, hvorved et bestemt uønsket fænomen forhindres, hæmmes eller reduceres.”* (7).

1 Der skelnes ofte mellem tre former for forebyggelse, der relaterer sig til de forskellige trin i en sygdoms opståen og forløb: Primær forebyggelse, som har til formål at forhindre, at sygdom opstår/sundheden bevares. Primær forebyggelse kan sidestilles med begrebet sundhedsfremme, idet grundidéen i begge begreber er at holde raske mennesker raske. Sekundær forebyggelse, som har til formål at forhindre udvikling af sygdom ved at opspore symptomer og sygdomme i tidlige stadier hos personer med øget risiko for sygdom. Tertiær forebyggelse, som har til formål at mindske sygdommens omfang ved at forhindre tilbagefald og forværring af sygdom samt at forhindre kroniske tilstande. Tertiær forebyggelse sidestilles ofte med rehabilitering (5).

Inden for denne brede definition kan forebyggelse være alt fra screening af livmoderhalskræft til vaccination og til forebyggelses- eller livsstilssamtaler, der har til formål at hjælpe patienten med at ændre en usund livsstil. Denne undersøgelse arbejder med en definition af forebyggelse, der er specifikt rettet mod patienternes livsstil. Med livsstil menes patientens vaner i forbindelse med kost, motion, tobak og alkohol. Gennem hele rapporten menes der således livsstilsrelateret forebyggelse rettet mod patienter, når der skrives forebyggelse.

Denne form for forebyggelse udgør et indgreb i individets privatsfære, hvilket af patienterne og de sundhedsprofessionelle kan opfattes som ubehageligt eller upassende. Forebyggelse af livsstilssygdomme er baseret på adfærdssændringer som f.eks. rygestop, omlægning af kost-, alkohol- og motionsvaner. Disse former for adfærd er dybt indlejret i den enkeltes hverdagskulturelle vilkår og individuelle psykologiske forhold, hvorfor de sundhedsprofessionelle kommer meget tæt på den enkeltes privatsfære, når de taler forebyggelse med patienterne. Det er derfor vigtigt at undersøge, hvordan sygehuspersonalet opfatter deres rolle i forhold til netop at udføre livsstilsrelateret forebyggelse, fordi denne viden giver indsigt i de paradokser, dilemmaer og problematikker som sygehuspersonalet konfronteres med i det praktiske forebyggelsesarbejde.

Følgende *problemstillinger* søges belyst:

- Hvordan opfatter sygehuspersonalet deres rolle i det forebyggende arbejde?
- Hvordan griber sygehuspersonalet det forebyggende arbejde an i praksis?
- Hvilke barrierer eksisterer for det forebyggende arbejde på sygehuse?
- Hvilke fremmende faktorer eksisterer for det forebyggende arbejde på sygehuse?

1.3. Undersøgelsens gennemførelse og status

Undersøgelsens dataindsamling er gennemført i perioden september – november 2002 med Eva Thune Jacobsen (ETJ) som projektleder og Marlene Willemann (MW) som projektmedarbejder. Grundet praktiske omstændigheder lå projektet stille i perioden december 2002 – september 2003, hvor dataanalysen blev genoptaget med MW som projektleder og ETJ som projektmedarbejder. Rapporten er skrevet i perioden november 2003 – april 2004 af begge forfattere.

Studentermehjælpere i DSI har været involveret i undersøgelsen på følgende måde: Stud.scient.pol. Morten Bue Rath har bidraget til undersøgelsens litteraturgennemgang med referater af den relevante litteratur. Stud.mag. Iben Hansen har fungeret som referent under et enkelt fokusgruppeinterview inkl.

transskription af interviewet. Stud.scient.san.publ. Nina Bjerglund Andersen har gennemført en enkelt observation af en dagvagt med en social- og sundhedsassistent.

Undersøgelsen gennemførtes på to afdelinger på et sygehus frem for på flere sygehuse og dermed flere afdelinger grundet problemer med at få sygehusafdelinger til at deltage i undersøgelsen (se bilag 8.1.). Undersøgelsen betegnes som en pilotundersøgelse, idet datagrundlaget er forholdsvis spinkelt, og fordi analysen er af eksplorativ karakter dvs. problemafdækkende. Pilotundersøgelsens resultater sigter mod at udgøre grundlaget for en større undersøgelse, hvor gyldigheden af resultaterne eventuelt kan styrkes ved vurdering af ligheder og forskelle i sygehuspersonalets perspektiver på forebyggelse, f.eks. mellem forskellige geografiske områder og forskellige typer afdelinger.

Undersøgelsen skal læses som en beretning om, hvordan to medicinske afsnit på et sygehus i efteråret 2002 griber det forebyggende arbejde an, hvordan sygehuspersonalet i disse afsnit opfatter deres forebyggende rolle, samt hvilke barrierer og fremmede faktorer de oplever, der eksisterer for det forebyggende arbejde.

2. Empiriske studier af forebyggelse på sygehuse

I det følgende redegøres der for udvalgt nationalt og internationalt videnskabelig litteratur om livsstilsrelateret forebyggelse på sygehuse. Litteraturen er baseret på empiriske studier gennemført primært ved hjælp af spørgeskemaundersøgelser, idet kun et dansk studium ud af de udvalgte tre studier er gennemført ved kvalitative interviews, og et engelsk studie ud af de udvalgte syv studier foruden spørgeskema også anvender semistrukturerede interviews og observation.

I hovedparten af studierne kortlægges således hovedsageligt omfanget af holdninger og forebyggelsesaktiviteter frem for at analysere sygehuspersonalets perspektiver på forebyggelse.

Studierne identificerer desuden barrierer og fremmende faktorer for sygehuspersonalets forebyggende arbejde, men de beskriver eller analyserer ikke, hvordan disse konkret udgør barrierer eller fremmende faktorer for en sygehusbaseret forebyggende praksis.

Litteraturgennemgangen danner både baggrund for nærværende kvalitative undersøgelse og anvendes i diskussionen af undersøgelsens resultater.

2.1. Søgestrategi

Litteraturen er udvalgt på baggrund af en søgning i DSIs bibliotek, Medline og Embase ud fra følgende inklusionskriterier. Litteraturen skulle:

- bygge på en empirisk undersøgelse.
- handle om livsstilsrelateret forebyggelse generelt, dvs. ikke kun fokusere på forebyggelse rettet mod f.eks. rygning.
- være udgivet efter 1990.
- være videnskabelig litteratur².

I søgningerne er anvendt følgende søgeord:

Søgekombination i DSI-bib	Søgeord
1. søgekombination	Præventivmedicin AND Danmark AND (sygehus OR sygehusvæsen)

² Med videnskabelig litteratur menes undersøgelser baseret på anerkendte videnskabelige metoder og/eller litteratur underkastet peer review.

Indenfor nyere dansk forskningsbaseret litteratur er der søgt bredere, end der er i den internationale litteratur. Dels fordi det er begrænset, hvad der findes af dansk litteratur om sygehuspersonalets perspektiver på forebyggelse, dels fordi formålet var at finde frem til, hvilken viden der på et nationalt plan eksisterer på dette område. Søgningen gav i alt 132 hits. Heraf opfyldte kun tre referencer de førnævnte inklusionskriterier.

Søgekombinationer i Medline	Søgeord
1. søgekombination	Explode “Preventive-Medicine” /all subheadings OR explode “Health-Promotion” /all subheadings OR “Patient-Education” /all subheadings OR explode “Life-Style” /all subheadings AND explode “Attitude-of Health-Personnel” /all subheadings AND explode “Personnel-Hospital” /all subheadings
2. søgekombination	Explode “Health-Promotion” /all subheadings AND explode “Attitude-of-Health-Personnel” /all subheadings NOT explode “Hospital-Personnel” /all subheadings
3. søgekombination	Explode “Health-Promotion” /all subheadings AND explode “Hospital-Personnel” /all subheadings NOT explode “Attitude-of-Health-Personnel” /all subheadings
4. søgekombination	Explode “Preventive-Medicine” /all subheadings AND explode “Personnel-Hospital” /all subheadings AND “Knowledge-Attitudes-Practice” /all subheadings
Søgekombinationer i Embase	Søgeord
1. søgekombination	Explode “prevention-” /all subheadings OR “health-promotion” /all subheadings OR “lifestyle-” /all subheadings AND explode “hospital-personnel” /all subheadings AND “nurse-attitude” /all subheadings OR “physician-attitude” /all subheadings

Søgningen i Medline og Embase gav i alt 41 hits, hvoraf 7 referencer opfyldte de fastsatte inklusionskriterier.

2.2. Dansk litteratur om forebyggelse på sygehuse

Den første undersøgelse er en kortlægning af forebyggelsesaktiviteter på danske sygehuse. Den anden er en undersøgelse af relationen mellem sygehuspersonalets rygevaner og deres rådgivningspraksis i forhold til livsstilsemner. Den tredje undersøgelse omhandler sygehuslægers perspektiver på deres forebyggende rolle. Der blev ikke identificeret nogle undersøgelser af sygeplejerskers, social- og sundhedsassistenter og fysioterapeuters perspektiver på forebyggelse.

2.2.1. Kortlægning af forebyggelsesaktiviteter på danske sygehuse

Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse gennemførte i 1999 en spørgeskemaundersøgelse, hvis hovedformål var at kortlægge samtlige forebyggelsesaktiviteter på de 69 (ud af i alt 76 sygehuse) deltagende danske sygehuse (8). Undersøgelsen deler forebyggelsesaktiviteter op i generelle og specifikke forebyggelsesaktiviteter. Generel forebyggelse går på tværs af diagnose- og patientgrupper og kan både omfatte patienter, pårørende og personale. Typisk vil generel forebyggelse fokusere på tobak, alkohol, kost, motion og psykosocial indsats. Specifik forebyggelse er forebyggelse og rehabilitering, der er rettet mod specifikke diagnose- og patientgrupper som f.eks. diabetespatienter, hjerte- og lungepatienter samt gravide. I den specifikke forebyggelse indgår også elementer fra den generelle forebyggelse, dvs. emner som tobak, alkohol, motion og kost behandles også.

I alt indrapporterer sygehusene 1122 forebyggelsesaktiviteter, hvoraf de generelle forebyggelsesaktiviteter udgør 498 og de specifikke udgør 624. Inden for den *generelle forebyggelse* står kostområdet for 27% af aktiviteterne, tobaksområdet for 26%, motionsområdet for 18%, psykosocial intervention ligeledes for 18%, mens alkoholområdet indgår i 11% af aktiviteterne. Inden for den *specifikke forebyggelse* er der flest aktiviteter rettet mod diabetes (9%), hjerterehabilitering (8%) og lungerehabilitering (7%). Der er et overlap mellem de generelle og specifikke forebyggelsesaktiviteter, idet en eller flere generelle aktiviteter indgår i tæt ved 40% af de specifikke aktiviteter. De primære aktører i forebyggelsesaktiviteterne er sygeplejersker og læger, der deltager i 71% af aktiviteterne. Men også social- og sundhedsassistenter, fysioterapeuter og diætister deltager i en væsentlig grad i forebyggelsesaktiviteterne.

Undersøgelsen viser, at størstedelen af de generelle forebyggelsesaktiviteter ikke gennemføres ved hjælp af systematiske udredningsmetoder og/eller gennem brug af kliniske retningslinier. Tobaksområdet er dog en undtagelse, idet der ved to tredjedele af aktiviteterne på dette område benyttes en systematisk udredning. Et fælles træk ved de generelle og de specifikke forebyggelsesaktiviteter er, at de typisk udføres som individuel vejledning med undtagelse af motion, som ligeså ofte foregår ved holdundervisning. Dette stiller store krav til sygehuspersonalet med hensyn til formidling, kommunikation og

patientundervisning. Endvidere eksisterer der en udbredt mangel på evaluering af forebyggelsesaktiviteterne. Således rapporterer sygehusene, at kun godt en fjerdedel af aktiviteterne har dokumenteret effekt.

Undersøgelsen viser desuden, at der eksisterer forskellige barrierer for implementeringen af forebyggelsespolitikker. Det drejer sig om manglende prioritering, manglende økonomi, manglende personale, samt organisatoriske og holdningsmæssige barrierer indenfor tobaks-, alkohol- og kostområdet. Desuden nævnes sygehuspersonalets sparsomme uddannelse i forebyggelse, begrænset ledelsesmæssig og politisk opbakning samt begrænset evaluering af indsatsen som barrierer.

Undersøgelsen konkluderer:

- At der på de danske sygehuse er uensartede forebyggelsestilbud- og programmer for patienterne, hvorved patienter har ulige adgang til forebyggelse³.
- At der er et ringe tværsektorielt samarbejde.
- At sygehuspersonalet har sparsom uddannelse i forebyggelse.
- At der forefindes en begrænset evaluering af forebyggelsesaktiviteterne.
- At der skal en stor indsats til før forebyggelsen er implementeret i det kliniske arbejde på sygehusene på linie med andre kerneydelser som f.eks. behandling, idet kun halvdelen af forebyggelsesaktiviteterne var implementeret som driftsopgaver på undersøgelsestidspunktet (4).

2.2.2. Sygehuspersonalets egen livsstils betydning for deres forebyggelsespraksis

Willaing har via en spørgeskemaundersøgelse undersøgt sammenhængen mellem sygehuspersonalets individuelle rygevaner og holdninger til rådgivning af patienter om rygning, kost, motion og alkohol (9). Desuden undersøges relationen mellem rygevaner og rådgivningspraksis i forhold til rygning. Undersøgelsen fandt sted på Frederikssund Sygehus, der er modelsygehus for forebyggelse i Frederiksborg Amt. 91% af alle ansatte har besvaret spørgeskemaet.

36% af de adspurgte mener, at alle patienter, der ryger, skal modtage rådgivning om rygeophør i forbindelse med deres kontakt til sygehuset. 55% mener, at kun patienter med rygerelateret sygdom der ryger, skal rådgives om rygning, mens 8% er af den opfattelse, at sygehuspersonalet overhovedet ikke skal rådgive om rygeophør, eller kun rådgive hvis patienten beder om

3 Rapporten viser, at der er stor variation blandt afdelinger på danske sygehuse i forhold til antallet af forebyggelsesaktiviteter. 243 afdelinger ud af 572 deltagende afdelinger rapporterer, at de ingen forebyggelsesaktiviteter har. Blandt de afdelinger, der har forebyggelsesaktiviteter, varierer antallet af aktiviteter mellem 1 og 16 (4).

det. Et tilsvarende mønster ses i forhold til rådgivning vedr. overvægt og motion. Til gengæld mener knap 50%, at alle patienter med et overforbrug af alkohol skal rådgives.

Sygehuspersonale, der aldrig har røget eller er eksrygere, har, sammenlignet med rygende personale, en mere aktiv holdning til rådgivning om livsstil. Desuden undervurderer rygende sygehuspersonale systematisk rygningens helbredsmæssige konsekvenser. Rygning blandt sygehuspersonale påvirker ikke kun holdningen til rådgivning om rygning negativt, også holdningen til rådgivning om andre livsstilsemner påvirkes negativt. Der er således en sammenhæng mellem rygevaner og rådgivning i forhold til livsstilsemner⁴. Undersøgelsen konkluderer, at rygning blandt sygehuspersonale er en barriere for rådgivning om rygning, at eksrygere og aldrig rygere oftere end rygere har en aktiv holdning til rådgivning om rygning og andre livsstilsfaktorer, men at manglende selvoplevede kvalifikationer i forhold til at rådgive patienter omkring rygning udgør den største barriere (9).

2.2.3. Sygehuslægers perspektiver på forebyggelse

Fredslund har i en ph.d. afhandling gennemført en kvalitativ interviewundersøgelse af, hvordan sygehuslægers deltagelse i det forebyggende arbejde kan forstås (10). Der fokuseres på implementering af en forebyggelsessamtale om tobak og alkohol på en afdeling på Bispebjerg Hospital. Fredslund har både interviewet læger og sygeplejersker, men sygeplejerskernes deltagelse blev imidlertid stoppet, idet der ikke mødte tilstrækkelig mange op til det kursus i forebyggelse, der lå til grund for forebyggelsesprojektet (10). Projektet med forebyggelsessamtaler blev tilmed efter et stykke tid sat helt i bero, idet lægernes aktive deltagelse i udførelsen af forebyggelsessamtalerne var for lav til, at det gav mening at fortsætte. I det følgende redegøres for den del af projektet, der siger noget om lægernes perspektiver på deres egen forebyggende rolle, samt for de barrierer for implementeringen af forebyggelsessamtalen, som lægerne mener er til stede i deres kliniske praksis.

Undersøgelsens læger mener, at deres del af forebyggelsesopgaven handler om at *informere* patienterne om skadelige virkninger ved en bestemt livsstil og om gevinster ved at ændre livsstil. Lægerne mener desuden, at lægens autoritet kan virke understøttende på den formidlede information. Enkelte læger mener, at lægen skal fremstå som en positiv rollemodel over for patienterne, ellers vil forebyggelsesbudskaberne virke utroværdige. Det er vigtigt for lægerne, at forebyggelse er forskningsbaseret og bliver underkastet de samme

4 Willaing viser også, at køn har en betydning for holdningen til rådgivning om livsstil, idet mænd indtager en mere passiv position end kvinder i forhold til rådgivning. Der eksisterer også afdelingsbaserede forskelle i rådgivningspraksis, idet der rådgives mere i medicinske afdelinger end i alle andre afdelinger. Herudover ses det, at social- og sundhedsassistenter sjældnere end sygeplejersker føler sig kvalificeret til rådgivning om rygning, og sjældnere vurderer rygning som sygdomsfremkaldende (9).

videnskabelige krav som medicinsk behandling. Lægerne anser først og fremmest tertiær forebyggelse som en relevant opgave, idet det ligger i naturlig forlængelse af behandlingen. Sekundær forebyggelse er i mindre grad relevant for sygehuslægen, mens primær forebyggelse hører til udenfor sygehuset. En barriere for implementeringen af forebyggelsessamtalen om tobak og alkohol er manglen på tid; herunder knappe personaleressourcer, stor overbelægning på afdelingen og øget tidspres pga. indlæggelse af stadigt mere syge patienter. Desuden har akut behandling tendens til at trænge forebyggelsen i baggrunden, idet lægerne er nødt til at prioritere mellem arbejdsopgaverne i deres begrænsede arbejdstid (10).

2.2.4. Sammenfatning

Den danske litteratur om forebyggelse på sygehuse viser, at kost- og tobaksområdet indgår i hver fjerde generelle forebyggelsesaktivitet, mens alkohol kun indgår i 11% af de generelle forebyggelsesaktiviteter. Sygeplejersker og læger er de primære aktører i forebyggelsesarbejdet. Desuden viser den danske litteratur, at anvendelsen af systematiske udredningsmetoder og/eller kliniske retningslinier i forebyggelsesarbejdet er begrænset, med undtagelse af tobaksområdet. Desuden er der mangel på evaluering af forebyggelsesindsatserne. Et andet interessant resultat er, at kun halvdelen af forebyggelsesaktiviteterne på de danske sygehuse er implementeret som driftsopgaver, hvilket viser, at forebyggelse ikke er integreret i den kliniske praksis på linie med andre kerneydelser.

Rygning blandt sygehuspersonalet udgør en barriere for det forebyggende arbejde rettet mod rygning, ligesom rygende personale har en mindre aktiv holdning til rådgivning om livsstilsemner generelt. Mangel på selvoplevede kvalifikationer omkring rådgivning vedr. rygning udgør dog den største barriere for forebyggelsesarbejdet rettet mod rygning.

Endelig viser den danske litteratur, at den akutte behandling ofte trænger forebyggelsen i baggrunden, hvilket igen tyder på, at sygehuspersonalet betragter forebyggelse som en løsrevet opgave, dvs. ikke integreret i den kliniske praksis.

2.3. Udenlandsk litteratur om sygehuspersonalets holdninger til forebyggelse

I det følgende redegøres der for fem undersøgelser af sygeplejerskers holdninger til forebyggelse, og for to undersøgelser af lægers holdninger til forebyggelse⁵.

5 Der blev ikke identificeret nogle undersøgelser af social- og sundhedsassistenters og fysioterapeuters opfattelse af og praksis i relation til forebyggelse.

2.3.1. Sygeplejerskers holdninger til forebyggelse

Sygeplejersker på kirurgiske afdelinger i England

Maidwell undersøger i en spørgeskemaundersøgelse, hvordan sygeplejersker på kirurgiske sygehusafdelinger⁶ i England opfatter deres rolle i forhold til forebyggelse (*health promotion*) (11). Undersøgelsen afprøver en hypotese om, at sygeplejersker på hospitaler ikke indtager en forebyggende rolle over for kirurgiske patienter. Hypotesen er udledt af forøgelsen i dagkirurgi, der resulterer i at tiden på hospitalet reduceres for patienterne, hvilket formodes at være en barriere for udførelse af forebyggelse. Spørgeskemaet blev besvaret af 52 sygeplejersker (svarprocent 77) og skemaet indeholder både åbne og lukkede spørgsmål.

Undersøgelsens resultater viser for det første, at ovenstående hypotese kan afvises og at en alternativ hypotese om, at sygeplejersker på hospitaler har en forebyggende rolle over for kirurgiske patienter kan accepteres. For det andet viser undersøgelsen, at sygeplejerskernes forståelse af forebyggelse i højere grad vægter forebyggelse og behandling af sygdom end rehabilitering og sundhedsfremme. For det tredje viser undersøgelsen hvilke emner, sygeplejerskerne mener, at de skal informere patienterne om. I prioriteret rækkefølge mener sygeplejerskerne de skal give patienten information om: 1) selve operationen, 2) spisevaner, 3) motion, 4) sikkerhed, 5) rygevaner, 6) medicin, 7) stress, 8) alkohol og 9) vægt. Endvidere viser undersøgelsen, at mange af sygeplejerskerne mener, at forebyggelse er en essentiel del af sygeplejen, dvs. at sygepleje og forebyggelse går hånd i hånd. Forebyggelse opfattes som en professionel opgave frem for en individuel, forstået således at alle sundhedsprofessionelle faggrupper på hospitalet bør involveres i arbejdet, således at kapaciteterne på de forskellige fagområder udnyttes. Den primære barriere for forebyggelse er manglende tid, men også forhold som manglende information, patienternes holdning til forebyggelse og lægernes manglende støtte af sygeplejerskers rolle i det forebyggende arbejde (11).

Sygeplejersker på akutte afdelinger i Canada

Berland et. al. undersøger ved hjælp af en spørgeskemaundersøgelse, hvilken rolle sygeplejersker på akutte afdelinger på hospitaler i Canada har i det forebyggende arbejde (*health promotion*) (12). Desuden undersøges sygeplejerskernes holdning til forebyggelse, samt hvilke barrierer og fremmende faktorer, der eksisterer for forebyggelse på sygehuse. Spørgeskemaet blev besvaret af 171 sygeplejersker (svarprocent 57).

Undersøgelsen viser, at 93% af sygeplejerskerne mener, at forebyggelse er en vigtig del af deres faglige rolle. På trods heraf er kun 42% af sygeplejerskerne tilfredse med deres færdigheder i forebyggelse. Mange sygeplejersker

6 Undersøgelsens respondenter arbejder inden for forskellige områder som f.eks. medicin, kirurgi, palliativ pleje, pædiatri og psykiatri (12).

tilkendegiver, at mangel på viden om og færdigheder i forebyggelse er en markant barriere for deres deltagelse i forebyggelsesaktiviteter. Der efterlyses efteruddannelsesprogrammer, som indeholder undervisning i metoder til at undervise patienten i forebyggelse, metoder til at vurdere hvilket læringsbehov patienten har og viden om lokalsamfundets ressourcer på forebyggelsesområdet. Relationen mellem hospital og lokalsamfundet (*community*) problematiseres, idet der mangler kontinuitet mellem disse to sektorer. Sygeplejerskerne efterlyser en forbedret kommunikation mellem hospitalssygeplejersker og sygeplejersker i lokalsamfundet. Den mest dominerende barriere for sygeplejerskernes forebyggelsesarbejde er tid. Mangel på tid pga. en stor arbejdsbyrde forhindrer sygeplejerskerne i at udføre tidskrævende forebyggelsesaktiviteter som f.eks. at undervise patienten og kommunikere med familiemedlemmer.

Der eksisterer også barrierer knyttet til patienterne. Patienten kan have en modvilje mod at blive informeret om forebyggelse, være akut syg eller have emotionelle problemer, som er en hæmsko for sygeplejerskernes forebyggende arbejde. Fremmende faktorer knyttet til patienterne er støttende familiemedlemmer og motivation til at ændre indstilling til sundhed. Også i samarbejdet mellem de forskellige faggrupper eksisterer der barrierer. Der er tale om kommunikationsvanskeligheder, faggrænser og konflikter vedr. plejeplanen. Fremmende faktorer i samarbejdet mellem faggrupperne er at have en fælles målsætning vedr. forebyggelse f.eks. opnået gennem fælles afdelingskonferencer, at lære fra andre discipliners erfaring og ved at få støtte fra kolleger (12).

Sygeplejersker på akutte afdelinger i England

To undersøgelser belyser hvilke holdninger sygeplejersker på akutte afdelinger i England har til forebyggelse.

Den første er udarbejdet af Latter et. al. og undersøger, hvorvidt forebyggelse (*health education/health promotion*) er blevet en integreret del af sygeplejerskers praksis (13). Desuden identificerer undersøgelsen forhold, der hhv. fremmer og udgør barrierer for sygeplejerskernes forebyggelsespraksis. Undersøgelsen benytter forskellige metoder, deriblandt semistrukturerede interviews med 132 afdelingssygeplejersker, spørgeskema involverende 62 sygeplejersker (svarprocent på 62) og observationsstudier.

Overordnet konkluderer undersøgelsen, at sygeplejerskerne stadig kan udnytte deres potentiale som forebyggere mere optimalt. Halvdelen af sygeplejerskerne svarer klart, at de er involverede i forebyggelsesaktiviteter på deres afdelinger, mens 29% mere forbeholdent giver udtryk for dette, hvilket indikerer, at deres engagement i forebyggelse kunne øges. Mangel på tid er den mest hyppige nævnte barriere for forebyggelse, idet 81% af sygeplejerskerne

peger på dette. Manglende tid hænger sammen med utilstrækkelige personaleressourcer, stor arbejdsbyrde, andre prioriteter i plejen og stadig kortere indlæggelsestid. Dette viser, at sygeplejerskerne i højere grad ser forebyggelse som en isoleret aktivitet, der fordrer ekstra tid, fremfor som en integreret del af plejen. Som barrierer for udførelse af forebyggelsesaktiviteter nævner 67% af sygeplejerskerne patienternes manglende modtagelighed over for forebyggelsesaktiviteter. Halvdelen af sygeplejerskerne nævner, at mangel på viden om og færdigheder i forebyggelse er en barriere for udførelse af forebyggelsesaktiviteter, mens 41% nævner karakteristika ved sygeplejerskerne, idet deres motivation for at implementere forebyggelsesaktiviteter og det faktum, at de ofte er usunde rollemodeller, har betydning for deres forebyggende arbejde.

Endvidere viser undersøgelsen, at på de afdelinger, hvor forebyggelsesaktiviteterne er mest udviklet, har man en filosofisk tilgang til pleje med fokus på patientens psykologiske og sociale velvære sammen med en respektfuld tilgang til mødet med patienten. De afdelinger med mindst forebyggelse opererer ud fra en medicinsk model for pleje, hvor praksis fremhæver færdiggørelsen af de fysiske plejeopgaver og en "top-down" tilgang til rådgivning og information til patienterne. Undersøgelsen viser, at forskellige plejeformer har betydning for forebyggelsesarbejdet. Primær pleje (én til én pleje) virker fremmende for det forebyggende arbejde, idet denne plejeform giver kontinuitet i plejen, individuelt ansvar og autonomi til sygeplejerskerne og tilvejebringer en base, hvorfra en tillidsfuld og støttende relation mellem sygeplejerske og patient kan udvikle sig. Plejeformen med tildelt patientpleje (gruppepleje) virker ikke ligeså fremmende for det forebyggende arbejde, fordi plejearbejdet er mere fragmenteret, og fordi sygeplejersken ikke har et individuelt ansvar for patientens pleje. Endvidere viser undersøgelsen, at et fladt afdelingshierarki og overdragelse af beslutningstagning virker fremmende for sygeplejerskernes forebyggelsespraksis ved at øge deres moral, og ved at gøre det muligt for sygeplejerskerne at støtte og styrke deres patienter. Et traditionelt hierarki på afdelingen, hvor sygeplejersker ikke styrkes, og hvor deres meninger ofte ikke høres eller respekteres, fører til en lav moral og et behov for at bevare magt og kontrol over deres patienter (13).

Den anden undersøgelse er en spørgeskemaundersøgelse, hvor McBride har undersøgt sygeplejerskers holdninger til forebyggelse (*health promotion*), og hvordan disse holdninger oversættes i sygeplejerskernes praksis (14). Undersøgelsen fandt sted blandt sygeplejersker på akutte voksenafdelinger på hospitaler i England⁷. Spørgeskemaet blev besvaret af 225 sygeplejersker (svarprocent 76).

⁷ Skadestuesygeplejersker er ikke medtaget i undersøgelsen, fordi disse har et kvalitativt anderledes relation til patienterne, idet interaktion ikke normalt er på daglig basis, men enten en enkeltstående eller ad hoc interaktion (14).

Undersøgelsen identificerer forskellige aspekter i sygeplejerskens rolle i arbejdet med forebyggelse: 1) Det politiske aspekt som handler om, at 96% af sygeplejerskerne føler, at de bør være talsmænd for sundhed og insistere på, at forebyggelse sættes på den politiske dagsorden. 2) Det professionelle aspekt der går ud på, at 94% af sygeplejerskerne mener, at de er ideelt placeret i forhold til at uddanne patienterne i sundhed. 3) Holdningsmæssige aspekter der handler om, hvorvidt arbejdet med forebyggelse giver patienterne skyldfølelse. Hertil svarede 81% af sygeplejerskerne, at dette ikke var tilfældet.

84% af sygeplejerskerne mener, at de skal gribe ind i folks liv ved at vejlede dem til at stoppe med at ryge, til at tage sig eller til at dyrke mere motion. Otte ud af ti sygeplejersker mener, at de ikke har nok uddannelse i forebyggelse. 68% mener de ikke har tid nok til at udføre forebyggelsesarbejdet ordentligt. På trods af sygeplejerskernes forholdsvis positive holdninger til forebyggelse viser det sig, at når patienter spørger sygeplejerskerne specifikt om et råd ang. et livsstilsemne, så giver en relativt stor andel af sygeplejerskerne ikke dette råd. I forbindelse med rygning drejer det sig om 43%, der ikke giver råd, i forbindelse med alkohol drejer det sig om 42%, i forbindelse med kost 35% og i forbindelse med motion er der 34%, der ikke giver råd til patienten på dennes opfordring.

Der er forskellige forklaringer på denne manglende forebyggelsespraksis. Med hensyn til kost mener hver femte sygeplejerske, at de ikke er i stand til at rådgive patienterne om kost, idet evidensen vedr. kost og sundhed er for usikker og modsætningsfyldt. Hver fjerde sygeplejerske vurderer, at patienterne måske bliver irriterede på dem, når de spørger til deres rygevaner i de tilfælde, hvor rygning ikke er direkte relateret til deres sygdom. Desuden henviser sygeplejerskerne i mange tilfælde patienterne videre til andre faggrupper (læger, fysioterapeuter og diætister) eller selvhjælpsgrupper rettet mod alkohol og rygning.

Undersøgelsen konkluderer, at sygeplejersker på hospitaler i høj grad betragter forebyggelse som en del af deres rolle og praksis. Sygeplejerskerne udviser positive holdninger over for forebyggelse, men de oplever mangel på tid, uddannelse og systematisk tilgang i forhold til i endnu højere grad at kunne praktisere forebyggende arbejde på sygehuse (14).

Sygeplejersker på akutte medicinske og kirurgiske afdelinger i Skotland
Thompson & Kohli har i en spørgeskemaundersøgelse dels undersøgt, hvorvidt sygeplejersker på tre hospitaler i Skotland føler sig i stand til at varetage en forebyggende (*health promoting*) rolle i deres relation til patienten. Dels har de undersøgt hvorvidt forebyggende arbejde udføres på afdelingsniveau (15). Spørgeskemaet blev besvaret af 107 sygeplejersker (svarprocent 71), der arbejdede på akutte medicinske og kirurgiske afdelinger.

Halvdelen af sygeplejerskerne svarede, at de rutinemæssigt talte med deres patienter om sundhed og livsstilsemner, mens 43% svarede, at det gjorde de sommetider. Vejledning om rygning, kost og motion blev udført af omkring 80% af sygeplejerskerne, mens forebyggelsesaktiviteter rettet mod alkohol blev udført af halvdelen af sygeplejerskerne. Samme mønster genfindes i sygeplejerskernes svar på, hvad de kan bidrage med i kontakten med patienterne. Forebyggelse vedr. rygning, motion og kost scorede højest, mens forebyggelse vedr. alkohol igen scorede væsentligt lavere. På spørgsmålet om, hvorvidt sygeplejerskerne mente, at forebyggelsesaktiviteter var en vigtig del af deres arbejde som sygeplejerske, svarede i alt 94%, at de var enige eller meget enige i denne påstand.

Forhold, der ifølge 84% af sygeplejerskerne kan gøre det nemmere at implementere forebyggelsesaktiviteter på afdelingsniveau, er yderligere uddannelse i forebyggelse, forbedring af ressourcer og kliniske praksisser samt opmærksomhed på professionelle roller og på selve hospitalsmiljøet. Et tilsvarende antal sygeplejersker efterlyste adgang til kurser om forebyggelse, og undersøgelsen indikerer derfor, at mangel på viden om forebyggelse er en grund til ikke at udføre forebyggende arbejde på afdelingsniveau. Forhold, som sygeplejerskerne anså som en barriere for implementeringen af forebyggelsesaktiviteter, var mangel på tid. Sygeplejerskerne ønskede mere tid sammen med patienterne, mere opbakning fra ledelsen og finansiel støtte til kurser. På trods af de forskellige barrierer er hovedparten af sygeplejerskerne interesserede i at udvikle deres forebyggende rolle i den kliniske pleje (15).

2.3.2. Lægers holdninger til forebyggelse

Skadestuelæger i USA

Williams et. al. har i en spørgeskemaundersøgelse undersøgt forebyggelsespraksisser blandt *emergency physicians* i West Virginia, USA⁸, herunder bl.a. deres holdninger til forebyggelse (*health promotion*) (16). Et af formålene var at undersøge, hvorvidt skadestuelægerne betragter forebyggelse som en del af deres kliniske ansvar. Et andet formål var at undersøge, hvorvidt skadestuelægerne mener, de er forberedte på og i stand til at ændre patienters sundhedsrelaterede adfærd. Spørgeskemaet blev besvaret af 56 skadestuelæger (svarprocent 34), hvoraf hovedparten (80%) af respondenterne var mænd, og størstedelen (87%) arbejdede på en skadestue.

58% af skadestuelægerne mener, at de er hovedansvarlige i forhold til at oplyse patienten om sundhed (*health education*). En tredjedel (33%) af skadestuelægerne mener, at sygeplejerskerne er de primære aktører. 91% spørger

8 I USA er skadestuerne anderledes organiseret i forhold til skadestuerne i Danmark. I USA bliver man som læge specielt uddannet til at være skadestuelæge (*emergency physician*), hvorimod man på skadestuerne i Danmark henter læger fra de 'almindelige' afdelinger til at arbejde på skadestuerne i forbindelse med deres vagtturnus. Sygeplejersker på skadestuer i Danmark er dog fast på skadestuen.

rutinemæssigt patienterne om deres rygevaner, mens halvdelen spørger rutinemæssigt til patientens alkoholforbrug. 21% spørger rutinemæssigt til brug af stoffer, mens 16% spørger til kost og 12% til motion. Over halvdelen af respondenterne føler sig meget godt rustede til at rådgive patienter omkring rygning og alkohol. Lidt under halvdelen opfatter sig selv som meget godt rustede til at rådgive på områder som stofmisbrug og motion, mens 32% føler sig rustede til at rådgive omkring kost. Få skadestuelæger beskriver sig selv som meget succesfulde i forhold til at hjælpe patienter med at ændre deres rygeadfærd, alkoholforbrug, stofmisbrug og kostvaner, hvorimod ca. en tredjedel føler sig meget succesfulde i forhold til at hjælpe patienter med at ændre deres motionsvaner.

Undersøgelsen konkluderer, at de fleste skadestuelæger udpeger sig selv som hovedansvarlige for at rådgive patienterne omkring forebyggelse. På trods heraf føler mange respondenter sig dårligt rustet til at vejlede patienterne på visse områder, og mange var også pessimistiske angående deres mulighed for at opnå succes i forhold til at hjælpe patienterne med at ændre deres usunde livsstil. Forhold som økonomi/øgede udgifter, lægernes pessimisme og lave tiltro til egne evner i forbindelse med at kunne ændre patientens sundhedsrelaterede adfærd nævnes som nogle af de barrierer, der står i vejen for udbygningen af det forebyggende arbejde i skadestuer (16).

Praktiserende læger og sygehuslæger i Sverige

Himmelman og Weinehall undersøger i en spørgeskemaundersøgelse svenske lægers holdning til forebyggende arbejde (17). Undersøgelsen omfatter både praktiserende læger og sygehuslæger. Spørgeskemaundersøgelsen omfattede 8 procent af den svenske lægeforenings medlemmer under 65 år, svarende til 2053 respondenter, hvoraf 1700 læger besvarede spørgeskemaet (svarprocent 83).

Undersøgelsen viser, at lægerne opfatter det forebyggende arbejde som vigtigt og interessant. Men lægernes mulighed for at udføre det forebyggende arbejde i praksis begrænses af forskellige barrierer. 61% af lægerne opfatter dét, at det er svært at påvirke patienterne til at ændre livsstil, som en barriere for deres forebyggende arbejde. 78% af lægerne angiver, at de er for dårligt uddannet i metoder til at motivere patienten til at ændre livsstil. 79% af lægerne angiver, at manglende tid er en barriere for deres forebyggelsesindsats. På spørgsmålet om på hvilke områder forebyggelse er vigtigst, svarer lægerne rygning, alkohol, sikkerhedsbælte, kalorieindtag og motion. På spørgsmålet om hvor stor effekt forebyggelse har på nogenlunde de samme områder, mener lægerne, at det primært er forebyggelse omkring rygning der har effekt, herefter kommer forebyggelse ang. højt blodtryk og overvægt (17).

2.3.3. Sammenfatning

Sygeplejersker identificerer følgende barrierer for deres forebyggelsespraksis:

- Manglende uddannelse i forebyggelsesmetoder
- Patienters modvilje mod forebyggelse
- Manglende tid sammen med patienten
- Manglende samarbejde med primær sektor
- Mangelfuldt samarbejde mellem de forskellige faggrupper på sygehuset
- Behandling prioriteres før forebyggelsesopgaver.

Alkohol er ikke en lige så stor del af sygeplejerskernes forebyggelsespraksis som kost, motion og rygning er. Afdelingens plejeform og hierarkiske struktur har betydning for sygeplejerskernes forebyggelsespraksis. En plejeform, der sikrer kontinuitet i plejen og giver sygeplejerskerne ansvar og autonomi, virker fremmende for sygeplejerskernes forebyggende arbejde. Sygeplejerskerne opfatter forebyggelse som en isoleret opgave, der ikke er integreret i den daglige pleje.

Fælles for *lægerne* i de to undersøgelser er, at de har lave forventninger til, at patienterne ændrer adfærd på baggrund af deres forebyggelsesindsats, hvilket kan opfattes som en barriere for deres forebyggende arbejde. Desuden føler de sig ikke specielt godt rustet til at udføre forebyggelse, da de dels mangler uddannelse i forebyggelsesmetoder, dels mangler viden om forebyggelse rettet mod motion og kost.

Ovenstående litteraturgennemgang danner baggrund for rapportens kvalitative undersøgelse. Hensigten er at komme i dybden med barrierer og fremmende faktorer for en sygehusbaseret forebyggende praksis ved at beskrive, hvordan forskellige forhold konkret udgør barrierer eller fremmende faktorer for sygehuspersonalets forebyggende arbejde.

3. Design, metode, datagrundlag og analyseramme

I dette kapitel redegøres der for undersøgelsens design, forstået som selve undersøgelsens "arkitektur", for undersøgelsens metode, dvs. de redskaber der anvendes for at indfange og begribe den empiriske virkelighed samt for udvælgelse af informanter og den måde, som data er fortolket på.

3.1. Undersøgelsens design

Denne undersøgelse var oprindeligt designet til at være en større undersøgelse af sygehuspersonalets perspektiver på forebyggelse på flere forskellige sygehuse og på forskellige typer afdelinger (jf. bilag 8.1). På grund af vanskeligheder med at få sygehusafdelinger til at deltage i undersøgelsen blev det besluttet, at undersøgelsen skulle fungere som en pilotundersøgelse, i kraft af at det kun var muligt at foretage undersøgelsen på ét sygehus.

Undersøgelsens endelige design inkluderer et hovedsygehus II⁹. Sygehuset kan betegnes som et sygehus med et højt antal af forebyggelsesaktiviteter (8). Fra dette sygehus undersøges sygehuspersonalets perspektiver på forebyggelse på hhv. et kardiologisk og et lungemedicinsk afsnit. Disse afsnit er valgt som cases, fordi livsstilsrelateret forebyggelse er yderst relevant i forhold til disse to afsnits diagnose- og patientgrupper.

På hvert afsnit gennemføres deltagerobservationer af en dagvagt med hhv. en sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent. Ligeledes gennemføres deltagerobservation ved at følge en fysioterapeut tilknyttet den medicinske afdeling gennem en arbejdsdag. På hvert afsnit gennemføres et fokusgruppeinterview med en gruppe sygeplejersker og en gruppe social- og sundhedsassistenter. Desuden gennemføres et fokusgruppeinterview med en gruppe læger fra den medicinske afdeling, og ét med en gruppe fysioterapeuter.

3.2. Valg af metode

Undersøgelsens problemstillinger styrer valget af metode (19), som i nærværende undersøgelse belyser sygehuspersonalets perspektiver på forebyggelse af livsstilssygdomme og deres praksis i forbindelse med forebyggelse. Viden

9 Et hovedsygehus II er et type 102 sygehus, som kategoriseres som stort specialiseret sygehus med betydelige amtsfunktioner og i enkelte tilfælde også lands- og landsdelsfunktioner (18).

om andre menneskers betydningsunivers, herunder opfattelser og perspektiver, kan bedst opnås ved hjælp af kvalitative metoder. Fordelen ved dette er, at undersøgelsen kan tilrettelægges åbent, hvormed informanternes udsagn ikke påvirkes af fastlagte kategorier, men kan følge deres egne logikker, mønstre og normer (20). Denne tilgang kaldes også for perspektivanalyse. Perspektivanalysen er givtig i forhold til at opnå viden om muligheder og barrierer for forebyggelsesaktivitetens implementering i sygehuspersonalets kliniske praksis. Denne form for analyse afdækker betydninger og opfattelser af et givent fænomen, der er tæt forbundet med den kontekst, som perspektivet er indlejret i (5). Undersøgelsen bygger således på et kvalitativt metodadesign, hvor den samlede metodestrategi gør brug af deltagerobservation og fokusgruppeinterviews.

3.2.1. Gennemførelse af deltagerobservationer

Fordelen ved at udføre observationsstudier er, at man har bedre mulighed for at opnå kendskab til de reelt anvendte handlingsnormer og ikke bare kendskab til de i interviewene udtrykte handlingsnormer (21). Det kan således være en fordel for analysen at indsamle viden om de sundhedsprofessionelles anvendte handlingsnormer, idet der kan være forskel på det interviewpersonerne siger, de gør, og det de rent faktisk gør.

Formålet med observationsstudiet var at observere, hvordan sygehuspersonalet griber det forebyggende arbejde an i praksis samt at kvalificere undersøgelsen ved at opnå indsigt i den kulturelle praksis, som sygehuspersonalet er en del af. En sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent på de to afsnit samt en fysioterapeut, der ofte arbejder med hjertepatienter, blev fulgt gennem en hel dag. Undervejs stillede projektmedarbejderen spørgsmål til fysioterapeuten, sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten om deres perspektiv på forebyggelse. Under observationen blev der taget noter af samtaler såvel som af afdelingens fysiske forhold. Forud for observationerne var der blevet udarbejdet et observationsskema (jf. bilag 8.2), hvis formål var at fokusere observatørens blik mod forhold, der kunne udgøre barrierer eller fremmede faktorer for sygehuspersonalets forebyggende arbejde. Observationsskemaet var delt i forskellige temaer med forskellige underpunkter, f.eks. var et tema: *hvordan udføres forebyggelse*, med underpunkter der sigtede mod at fokusere observatørens blik mod hvilke opgaver der udføres, hvordan de udføres og forskelle i udførelsen. Andre temaer var *afdelingens fysiske rammer*, *kommunikation med patienten* og *intern kommunikation om forebyggelse*.

3.2.2. Gennemførelse af fokusgruppeinterviews

Fokusgruppeinterviewet er valgt som metode, idet formålet er at opnå indsigt i og viden om en specifik faggruppes holdninger og perspektiver på en given genstand: forebyggelse. Fokusgruppeinterviewet giver mulighed for, at delta-

gerne i fokusgruppen svarer hinanden på en sådan måde, at man opnår indsigt uden at forstyrre eller overse de underliggende normative antagelser, der er i gruppen. De meninger, betydninger og svar, der dukker op i fokusgruppeinterviewet er socialt konstruerede frem for individuelt skabt (22). Derfor er fokusgruppeinterviewet hensigtsmæssigt at benytte, når man vil undersøge en gruppes kulturelle normer og værdier. Hovedforskellen på et almindeligt gruppeinterview og på et fokusgruppeinterview er, at interaktionen mellem deltagerne i fokusgruppen bruges som datakilde. Herved inddrages også gruppedynamikken i selve analysen. Fordelen ved fokusgrupper er, at diskussionerne i disse grupper fremhæver deltagernes holdninger, prioriteter, sprog og forståelsesramme samtidig med, at gruppeinterviewet hjælper til at identificere gruppenormer (23).

For at forhindre at deltagerne i fokusgrupperne ikke lægger for meget bånd på sig selv og deres meninger, er det mest hensigtsmæssigt for interviewets forløb, at fokusgrupperne består af grupper af homogene fremmede. Deltagerne skal ikke kende hinanden godt i forvejen og skal helst have den samme profession. Store forskelle i social baggrund samt forskelle i autoritet og status kan forhindre deltagerne i at føle sig veltilpas i forhold til at skulle diskutere med hinanden, og dermed hæmme en frit flydende diskussion (24). Således er det hensigten at rekruttere et udvalg af homogene grupper, der repræsenterer en bred vifte af potentielt forskellige perspektiver. Det er derfor valgt at interviewe hver faggruppe for sig samtidig med, at det er forsøgt at rekruttere personer med forskellige baggrundsdata til fokusgrupperne (se afsnit 2.3). I og med interviewpersonerne arbejder sammen til daglig, har det ikke været muligt at rekruttere interviewpersoner, som ikke kendte hinanden så godt. Der blev i alt gennemført seks fokusgruppeinterviews. Deltagerne blev indledningsvist informeret om undersøgelsens formål og interviewformen, ligesom de blev lovet anonymitet. Interviewene blev gennemført på baggrund af semi-strukturerede interviewguides (bilag 8.3-8.6), hvor første spørgsmål var udformet som en case. Casen var en beskrivelse af en nyindlagt patient med flere forskellige livsstilsrelaterede sundhedsproblematikker, og informanterne skulle diskutere, hvad de ville iværksætte af behandlings- og forebyggelsestiltag overfor en sådan patient. Alle faggrupper blev konfronteret med stort set den samme case, og ingen stillede spørgsmålstegn ved relevansen af at diskutere denne case, hvilket tolkes som at de syntes casen var relevant. Deltagerne blev opfordret til at diskutere med hinanden frem for at henvende sig til moderator. Spørgsmålene i interviewguiden blev udformet med inspiration fra den danske litteratur om forebyggelse på sygehuse. Spørgsmålene sigtede f.eks. mod at belyse sygehuspersonalets egen livsstils betydning for forebyggelsespraksis, deres kompetencer inden for forebyggelse, etiske problemstillinger forbundet med forebyggelse, og hvilke konkrete forebyggelsesopgaver de udførte til daglig. Ofte blev en del af de planlagte spørgsmål allerede belyst i informanternes diskussion af casen. Desuden havde informan-

terne mulighed for selv at tage emner op, som de synes var relevante at diskutere.

Fokusgruppeinterviewene blev planlagt gennemført efter gængse metodiske regler (22;24-26), og blev optaget på minidisc. Under alle interviews var der en moderator, som guidede deltagerne igennem interviewet og sørgede for, at alle deltagere kom til orde, med andre ord styrede diskussionen. Desuden var der en referent, hvis opgave var at tage noter af interviewet. Disse noter havde til formål at forhindre, at deltagernes udsagn dekontekstualiseredes, dvs. blev revet ud af den gruppekontekst, som de var en del af. Herefter er interviewene blevet transskriberet relativt ordret, dvs. at pauser, øh'er og andre lignende udtryk er udeladt.

3.3. Udvælgelse af informanter til fokusgruppeinterviews og observation

Fokusgrupperne skulle bestå af 4-6 deltagere¹⁰ fra de fire faggrupper, der var mest involveret i forebyggelsesaktiviteter på sygehusene, dog med undtagelse af gruppen af kliniske diætister. Som det ses af tabel 1 drejer det sig om sygeplejerskerne, lægerne, fysioterapeuterne og social – og sundhedsassistenterne. Udgangspunktet for faggruppernes grad af involvering i forebyggelsesaktiviteter var Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelses kortlægning, der havde til formål at registrere aktiviteter på sygehusene inden for generel forebyggelse og specifik forebyggelse samt at afdække sygehusenes forebyggelsespolitik (8).

Tabel 1. Procentdel af de enkelte faggrupper på sygehuse, der deltager i aktiviteter indenfor hhv. specifik og generel forebyggelse (8).

Faggruppe	Specifik forebyggelse	Generel forebyggelse
Læger	82%	65%
Sygeplejersker	70%	72%
Social- og sundhedsassistenter	22%	35%
Fysioterapeuter	32%	28%
Ergoterapeuter	14%	15%
Kliniske diætister	22%	40%
Socialrådgivere	28%	22%
Psykologer	18%	18%

¹⁰ Fordelen ved at have små fokusgrupper med ca. 4-6 deltagere er, at små grupper genererer mere intense og deltagerede diskussioner, hvori der kommer mere information frem om hver enkelt deltagers synspunkt (27).

Grunden til fravalget af kliniske diætister er primært, at de ikke indgår i den daglige pleje og behandling på afdelingen, men mere har en konsulentrolle i forhold til afdelingerne; sekundært at der ikke er ansat så mange kliniske diætister på sygehuse (ca. 360)¹¹, hvorfor det ville være svært at samle en gruppe på 4-6 diætister fra ét sygehus¹².

De respektive afdelingssygeplejersker og overfysioterapeuten foretog udvælgelsen af informanter til fokusgruppeinterviewene på baggrund af et brev, hvor der blev informeret om undersøgelsen og hvor de specifikke inklusionskriterier for udvælgelsen af informanter var beskrevet (se nedenfor).

Inklusionskriterier for lægegruppen

Den administrerende overlæge på den medicinske afdeling udvalgte tre læger fra medicinsk afdeling, som ville deltage i interviewet. Han blev briefet mundtligt om nedenstående inklusionskriterier for lægegruppen.

Fokusgruppen skal bestå af 4-6 informanter, som skal:

- være enten 1. reservelæger, afdelingslæger eller overlæger
- arbejde dagligt inden for den medicinske afdeling.

Inklusionskriterier for hhv. sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter:

Fokusgrupperne skal bestå af 4-6 informanter, som skal være forskellige med hensyn til:

- alder
- antal år med arbejde på sygehus

og informanterne i fokusgruppen skal være ens med hensyn til:

- faggruppe
- komme fra samme afdeling.

Inklusionskriterier for fysioterapeuterne:

Fokusgrupperne skal bestå af 4-6 informanter, som skal være forskellige med hensyn til:

- alder
- antal år med arbejde på sygehus

og informanterne i fokusgruppen skal være ens med hensyn til:

- at have erfaring med fysioterapeutisk arbejde på medicinske afsnit.

¹¹ Oplysninger om antallet af kliniske diætister ansat på sygehuse stammer fra mundtlig kommunikation med diætisternes fagforening.

¹² Ifølge mundtlig kommunikation med en klinisk diætist på undersøgelsens sygehus, er der ansat to kliniske diætister i fuldtidsstillinger på det pågældende sygehus.

3.4. Analyseramme

3.4.1. Kodning

Kodningsarbejdet er inspireret af den kodningsproces, der er en del af den metodiske tilgang, der kaldes for "Grounded Theory" (28). Første skridt i fortolkningsprocessen af det empiriske materiale var at foretage en åben, manuel kodning af det empiriske materiale, som både bestod af observationer og fokusgruppinterviews. I en åben kodning gennemgås hver sætning, som får et beskrivende kodenavn, der repræsenterer sætningens idé eller begivenhed. Denne indledende kodning giver et overblik over, hvad det empiriske materiale indeholder af temaer. Under kodningsarbejdet sammenholdes de samme koder for at se, om de dækker det samme begreb. Omvendt sammenlignes de forskellige koder for at se, om de nu også har et forskelligartet indhold. Herefter blev koder, der sagde noget om samme tema, samlet i analysekategorier, der fik et navn, som var beskrivende for kategoriens indhold. Den åbne kodningsproces blev foretaget af to forskellige personer for at sikre, at der i materialet er belæg for analysens kategorier og for at supplere undersøgerens analytiske blik, hvormed kodningsprocessen valideres. Kodningsarbejdet endte med at udkrystallisere følgende analysekategorier, der viste sig at være centrale omdrejningspunkter i det empiriske materiale:

- Organisering af det forebyggende arbejde og de fysiske rammer
- Idealer for og etiske overvejelser omkring forebyggelse
- Sygehuspersonalets opfattelse af deres forebyggelsespraksis
- Sygehuspersonalet som positiv rollemodel.

3.4.2. Tre fortolkningskontekster

Meningen i det empiriske materiale analyseres i forhold til tre forskellige fortolkningskontekster: selvforståelse, kritisk common sense-forståelse og teoretisk forståelse. Formålet med at analysere det empiriske materiale i forhold til disse tre fortolkningskontekster er at flytte analysen fra et deskriptivt analyseniveau til et mere kritisk og teoretisk analyseniveau. Målet er at bevæge sig væk fra det empiriske materiale, forstået på den måde at fortolkeren bliver i stand til at se kritisk på data uden dog at tolke data illoyalt.

Selvforståelses konteksten giver fortolkeren en kondenseret formulering af informanternes egen opfattelse af meningen med deres udsagn. Denne fortolkning er således en omformuleret opsummering af meningen med informanternes udsagn, sådan som fortolkeren har forstået dem. En *kritisk common sense-forståelse* omfatter fortolkningen af en bredere forståelsesramme end informanternes egen, hvorfor fortolkeren forholder sig kritisk til informanternes udsagn. Almindelig viden inddrages til at forstærke og berige fortolkningen af et udsagn. Med en *teoretisk forståelses* kontekst anskues og fortolkes et udsagns betydning i forhold til en teoretisk ramme. Denne form for fortolkning overskrider ofte informanternes selvforståelse og går videre end

den kritiske common sense-forståelse (29). Rapportens teoretiske analyseramme (forståelse) præsenteres nedenfor.

Disse tre fortolkningskontekster anvendes i rapportens kapitel 4, 5 og 6. Det empiriske materiale analyseres ud fra en selvforståelses kontekst i kapitel 4's afsnit, mens den kritiske common sense-forståelse kommer frem i de opsummerende og fortolkende afsnit i kapitel 4. Kapitel 5 sammenfatter resultaterne af de to fortolkningskontekster. I kapitel 6 anvendes den teoretiske forståelse af undersøgelsens resultater

3.4.3. Teoretisk analyseramme

Undersøgelsens teoretiske analyseramme er først kommet til, efter at dataindsamlingen havde fundet sted. Der er benyttet en induktiv tilgang til datamaterialet, hvor de empiriske data har styret valget af teoretisk analyseramme. Det vil sige, at vi ikke gik i dataindsamlingsprocessen med et bestemt teoretisk blik, men forsøgte at være så åbne som muligt over for det vi så. Dahlagers og Vallgårdas teorier om forebyggelse som en styringsteknologi er valgt som teoretisk analyseramme (30;31), fordi det empiriske materiale viser, at sygehuspersonalet bruger forebyggelse til at forsøge at styre patienternes adfærd, og at de befinder sig i et dilemma forbundet med denne styring, der kan forklares og anskueliggøres ved hjælp af de teoretiske begreber, som teorien om forebyggelse som en styringsteknologi anvender.

Forebyggelse kan på et teoretisk plan anskues som en styringsteknologi. Med styringsteknologi menes et redskab, som bl.a. forskellige myndigheder bruger til at styre borgernes adfærd. Grundidéen i den nutidige folkesundhedspolitik er, at sundhed er et individuelt ansvar. Forudsætningen for, at borgerne kan tage ansvar for deres eget helbred og ændre adfærd er, at de har den rette viden om deres livsstils konsekvenser for deres helbred. Myndighedernes opgaver er gennem sundhedsoplysning og uddannelse af borgerne at sikre, at deres ansvar forvaltes fornuftigt. Vallgård identificerer en dobbelthed i den danske folkesundhedspolitik. På den ene side handler folkesundhedspolitikken om, at folk skal vælge frit. På den anden side er myndighederne opsatte på at få borgerne til at vælge netop det, myndighederne anser for at være bedst for borgerne (31). Forebyggelse som styringsteknologi går med andre ord ud på, at få borgerne til selv at vælge den "rette" adfærd, dvs. en sund livsstil, ved hjælp af forskellige styringsteknikker, som vil blive belyst senere i rapportens kapitel 4 og 6.

4. Undersøgelsens resultater

I det følgende præsenteres undersøgelsens resultater ved hjælp af beskrivelse og fortolkning af de forskellige analysekategorier (jf. s. 22). Alle fire faggruppers perspektiver på de forskellige analysekategorier gennemgås ikke systematisk, da fokusgruppeinterviewene med de forskellige faggrupper ikke belyser nøjagtig de samme temaer eller kommer i samme detaljeringsgrad med hvert tema. For eksempel er lægernes perspektiv på de forskellige analysekategorier underbelyst i forhold til plejepersonalets og fysioterapeuternes belysning af temaerne pga. interviewets kvalitet (jf. afsnit 6.1).

I de tilfælde hvor sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne har samstemmende opfattelser af det pågældende tema, betegnes de som en samlet gruppe: plejepersonalet. I præsentationen af undersøgelsens resultater skelnes der ikke mellem de to afsnit, da de stort set har ens strukturelle vilkår (se faktaboks 1), og fordi livsstilsrelateret forebyggelse er lige relevant at udføre i relation til begge afsnits patientgrupper. Ved citater henvises der til det fokusgruppeinterview, hvorunder citatet er blevet til ¹³.

Endelig skal læseren gennem hele kapitlet være opmærksom på, at der kan være forskel på det talte ord og de handlinger, der rent faktisk udføres i praksis, idet der bl.a. på forebyggelsesområdet synes at være en tendens til, at sundhedsprofessionelle i højere grad vurderer deres egen kliniske praksis til at være i overensstemmelse med anerkendt praksis, end tilfældet er (26).

FAKTABOKS 1. Fakta om de to afsnit ¹⁴

	Kardiologisk afsnit	Lungemedicinsk afsnit
Antal sengepladser	26	26
Normering plejepersonale	30,7 fuldtidsstillinger	30,7 fuldtidsstillinger
Antal overlæger	3	2 (+ en 1 ubesat stilling)
Belægningsprocent	100%	98%
Rygerum til patienter	Ja	Ja
Rygerum til personale	Nej (ryger på altan)	Nej (ryger på altan)
Plejeform	Gruppepleje	Gruppepleje
Rehabiliteringskurser	For patienter med AMI (akut myokardie infarkt)	For patienter med KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom)
Antal rygestopinstruktører	4	5 (+ 4 under uddannelse)
Ernæringsteam	Ja	Ja
Samtalerum	Ja – men anvendes ikke til samtaler om forebyggelse	Nej

¹³ Der anvendes følgende forkortelser: Social- og sundhedsassistenter = SSA, sygeplejersker = SPL, fysioterapeuter = FYS, læger = LÆG. Kardiologisk afsnit = kardiologisk, lungemedicinsk afsnit = lungemedicinsk, medicinsk afdeling = medicinsk afd.

¹⁴ Tal fra oktober 2002 ifølge oplysninger fra de to respektive afdelingssygeplejersker og oversygeplejersken på den medicinske afdeling.

4.1. Organisering af det forebyggende arbejde og de fysiske rammer

I det følgende præsenteres undersøgelsens resultater med hensyn til, hvordan det forebyggende arbejde er organiseret. Med organisering menes for det første hvilke strukturelle tiltag, der er sat i værk for at fremme forebyggelsen, dvs. systematiske aktiviteter, som man på ledelsesniveau har besluttet sig for skal være en del af afdelingens forebyggelsestilbud. For det andet hvorledes samarbejdet mellem de forskellige faggrupper udspiller sig på forebyggelsesområdet, og for det tredje hvordan afsnittenes samarbejde med den primære sektor på forebyggelsesområdet fungerer. Endelig menes der med organisering, hvordan afsnittenes fysiske rammer har betydning for sygehuspersonalets forebyggelsespraksis.

4.1.1. Strukturelle tiltag

Det forebyggende arbejde er på *kostområdet* organiseret omkring ernæringsteams, der består af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, som har gennemført kurser om kost og ernæring. Ernæringsteamet kostregistrerer de patienter, som har brug for dette (ofte undervægtige patienter), dvs. at alt det patienten spiser i en afgrænset periode registreres med henblik på at hjælpe patienten til at opnå en mere hensigtsmæssig vægt. Desuden underviser medlemmerne af ernæringsteamet det øvrige plejepersonale i den aktuelle viden på området.

På *tobaksområdet* er der adskillige uddannede rygestopinstruktører, som har gennemført kurser, der kvalificerer dem til at rådgive patienter om rygestop. Der er en del rygestopinstruktører på sygehuset og flere på et afsnit. Passer en rygestopinstruktør kemi ikke lige med en patients, så sender man en anden rygestopinstruktør ind til den patient, *“så kan den ene ikke nå ham, kan den anden måske (...) vi er forskellige personligheder.”* (SSA, kardiologisk). Så længe patienten er indlagt, får denne tilbudt hjælpemidler til rygeafvænnelse dvs. nikotinsubstitutter og pjecer om rygestop. Social- og sundhedsassistenterne karakteriserer sygehusets rygestoptilbud som det bedste forebyggelsestilbud i amtet.

På *alkoholområdet* eksisterer der uklarhed blandt plejepersonalet om, hvorvidt sygehuset har et centralt alkoholteam, som kan kontaktes, hvis man står med en patient, der har brug for dette. Der findes ingen lokale alkoholteams på afdelingerne, og plejepersonalet efterlyser mere uddannelse i forebyggelse af alkoholproblemer.

Motionsområdet står fysioterapeuterne primært for, idet de forestår den fysiske træning med patienterne. For eksempel tilbydes hjertepatienter ambulant træning i en begrænset periode efter de er blevet udskrevet.

Desuden tilbyder begge afsnit *rehabiliteringskurser* for hhv. KOL og AMI patienter. Disse ambulante rehabiliteringskurser anses for at være en del af afsnittenes forebyggelsestilbud, da patienterne bl.a. undervises i, hvordan de ved at ændre deres usunde livsstil kan opnå et bedre funktionsniveau og forebygge at sygdommen forværres. Samtidig modtager deltagerne på de forskellige kurser fysisk træning, som en fysioterapeut står for.

En arbejdsgruppe på sygehuset har udviklet et redskab til at tale med patienten om forebyggelse. Det drejer sig om en *indlæggelsessamtale*, der udgøres af et ark papir med forskellige spørgsmål til patienten, herunder om patientens livsstil, der skal udfyldes inden for 24 timer og så lægges i patientens journal. Arket skal udfyldes af plejepersonalet. Denne indlæggelsessamtale får spørgsmålene om patientens livsstil til at virke knap så pinlige eller grænseoverskridende. I indlæggelsessamtaler spørger man *“folk om hvordan deres livsstil er. Der vil vi få nogle ting frem, uden at det bliver pinligt, i stedet for at gå ind og starte med at spørge ind til livsstil, der har man ligesom sådan et forløb. Man starter med at spørge ind til, hvor bor du, hvor meget ryger du, drikker du osv.”* (SSA, lungemedicinsk). Ifølge social- og sundhedsassistenterne på det lungemedicinske afsnit fungerer dette ark rigtig godt, når det bliver udfyldt ordentligt, hvilket dog ikke sker så tit. Arket udfyldes f.eks. ikke, når patienterne er akut dårlige, fordi de er for dårlige til at gennemføre en sådan samtale. Denne praksis smitter af på de patienter, der godt kunne gennemføre indlæggelsessamtalen, hvorfor arket skønnes at blive udfyldt for ca. 30-40% af patienterne. Desuden nedprioriteres indlæggelsessamtalen til fordel for den daglige pleje af patienterne, idet social- og sundhedsassistenterne hellere vil bade eller mobilisere patienterne, når de får det lidt bedre, end at *“spørge dem ud”*. Desuden synes de, at det kan være svært at give sig selv lov til at bruge 10 minutter på at sidde stille og tale med patienten, når de ved, at kollegerne dermed får endnu mere travlt med at nå de øvrige arbejdsopgaver. Alligevel fastholder de, at det er et rigtig godt skema, og at plejepersonalet burde blive bedre til at udfylde dem.

4.1.2. Samarbejdet faggrupperne imellem

For fysioterapeuterne er samarbejdet med læger og sygeplejersker centralt for såvel deres arbejde med fysisk træning som for deres forebyggende arbejde. Fysioterapeuterne læser, hvad lægen har skrevet om patientens sygdomsforløb i journalen og kan dermed orientere sig om, hvilke tiltag der er blevet iværksat (f.eks. diætist, socialrådgiver eller rygestop). Det er vigtigt for fysioterapeuterne at vide hvilke forebyggelsestiltag, der er blevet sat i gang, da de ikke mener, at livsstilsrelaterede forebyggelsesopgaver kan eller skal bæres alene af fysioterapeuter. Journalen bruges således som et kommunikationsredskab mellem læger, sygeplejersker og fysioterapeuter. Det er dog ikke altid nok at orientere sig i journalen, idet fysioterapeuterne nogle gange har brug for baggrundsoplysninger om patienten som f.eks. familieforhold og

fritidsinteresser. Derfor henvender de sig ofte til sygeplejerskerne, som kender patienten og derfor kan supplere med denne form for information. Fysioterapeuterne finder journalen som et redskab til forebyggelse mangelfuld og efterlyser mere kommunikation med de andre faggrupper – f.eks. i form af konferencer.

Fysioterapeuterne mener som sagt ikke, at de kan eller skal bære en forebyggelsesopgave alene. Men hvis en patient for eksempel kommer til fysisk træning og lugter af øl, kan fysioterapeuterne godt finde på at kontakte sygeplejerskerne på afdelingen for at finde ud af, om de ved noget mere om patientens alkoholforbrug. Det vil så være sygeplejersken, der taler med patienten om alkohol, fordi hun, ifølge fysioterapeuterne, har den daglige kontakt med patienten. Fysioterapeuterne synes således, at det er mere oplagt, at plejepersonalet qua deres tætte kontakt til patienterne udfører en sådan forebyggelsesopgave. Fysioterapeuterne pointerer, at det ville være fremmede for det forebyggende arbejde på sygehuset, hvis det blev gjort klart, hvilke faggrupper der laver hvad i forhold til forebyggelse. *“Jeg synes angående forebyggelse, så må man først klarlægge, hvem gør hvad, hvis man mener det alvorligt på sygehuset. Så må man planlægge, hvem tager fat på hvad. Jeg tror, at mange tror, at andre gør det, og man ved ikke, hvordan man skal begynde med det, og man ved ikke præcist, hvad hvem gør.”* (FYS). Denne uklarhed i fordelingen af forebyggelsesopgaverne gør det svært for fysioterapeuterne at vide, hvornår og hvordan de skal udføre forebyggelse.

Lægerne samarbejder især med sygeplejerskerne omkring forebyggelsesopgaverne. Når lægen møder patienten, ofte i forbindelse med stuegang, taler lægen med patienten om de akutte ting, men også om forebyggelse og livsstil. Herefter følger sygeplejerskerne op på det lægen har talt med patienten om ved at iværksætte diverse tiltag. Andre gange har der forud for stuegang været en dialog mellem patient og sygeplejerske vedr. forebyggelse, og den samtale får lægen refereret. Lægens samtale med patienten om forebyggelse tager så udgangspunkt i dette, hvorefter sygeplejersken følger op. Det er lægerne, der ordinerer, at patienten ambulant skal gå til diætist eller til fysisk træning. Det er overvejende i forbindelse med stuegang, at lægerne taler med patienterne om deres livsstil. Ifølge lægerne taler de meget med patienterne om især rygestop, men også om overvægt. Lægerne vil gerne gøre patienterne opmærksomme på, at deres handlinger er en investering i fremtiden, dvs. at patienterne ved hjælp af en sund livsstil kan investere i fremtiden, således at de optimerer deres mulighed for et længere liv med god livskvalitet. Lægerne har ligesom fysioterapeuterne heller ikke meget og kontinuerlig kontakt med patienterne. De møder patienterne ved stuegang og i ambulatoriet, hvor de træffer beslutninger vedr. patientens behandling. Lægerne mener, at forebyggelse kun virker på dem, der er blevet meget dårlige eller har fået sig en ordentlig forskrækkelse, f.eks. i forbindelse med en blodprop i hjertet (AMI).

Lægerne fungerer som den øverste autoritet i forhold til patienterne, og derfor er det vigtigt, at de oplyser om rygning, kost, motion og alkohol. Ifølge sygeplejerskerne og fysioterapeuterne kan det nogle gange være vigtigt, at en læge taler om forebyggelse med en patient, fordi det kan have en positiv virkning, at patienten hører forebyggelsesbudskaberne fra den højeste autoritet, hvorefter plejepersonalet og fysioterapeuterne kan følge op på det.

Plejepersonalet synes ikke, at lægerne udfører nok forebyggelse. De husker ikke altid at nævne rygning, og kost taler de ikke med patienten om. Nogle mener, at lægerne ikke har tid til at formidle forebyggelsesbudskaberne. *“Jeg synes ikke lægerne går aktivt ind i det her. Der er ikke prestige i at tale om kost osv. De gør det selvfølgelig med rygning, men så er det bare “du skal holde op” – færdigt arbejde. De kunne også godt give et skulderklap, når de går ud af døren, det gør de aldrig.”* (SSA, kardiologisk). Lægerne kritiseres for ikke at uddybe forebyggelsesbudskaber om f.eks. alkohol og fedme tilstrækkeligt, således at patienterne forstår dem. Den måde lægerne forebygger på er i nogle tilfælde ikke særlig pædagogisk, idet plejepersonalet synes, at de kan være meget barske i deres måde at formidle forebyggelsesbudskaber på. Plejepersonalet synes på den ene side ikke, at lægerne skal skjule noget overfor patienterne, men de skal på den anden side opføre sig ordentligt og have respekt for patienten i den måde, de formidler budskaberne på. Lægerne skal ikke nøjes med at fortælle patienterne, at de vejer 20 kilo for meget, det ved de godt i forvejen. I stedet skal de forklare patienten, hvorfor de vejer for meget.

4.1.3. Samarbejde med primærsektoren

Fysioterapeuterne synes, at der mangler forebyggelsestilbud i primærsektoren. Der efterlyses især tilbud til yngre overvægtige mennesker f.eks. slanke- eller motionshold. De kan tilbyde patienter ambulant træning, men kun i en begrænset periode. Men fysioterapeuterne erkender samtidig, at de ikke har overblik over de kommunale tilbud inden for forebyggelsesområdet. Derfor foreslår fysioterapeuterne, at der udarbejdes en mappe indeholdende en oversigt over samtlige kommunale tilbud om forebyggelse. Dette ville lette fysioterapeuternes arbejdsgange og samtidig fremme forebyggelsen, fordi de ved hjælp af denne mappe ville vide, hvor de skulle sende en udskrevet patient hen, for at få opfølgning på de forebyggelsesindsatser sygehuset har sat i gang.

På rygeområdet findes der gode tilbud i primærsektoren, hvorfor udskrevne patienter har gode muligheder for at få opfølgning på et eventuelt rygestop i den primære sektors regi. Plejepersonalet synes det er vigtigt, at den primære sektor har forebyggelsestilbud, der fungerer som opfølgning på det, som sygehuset har sat i gang. *“Det er svært, at man ikke kan gå mere aktivt ind i det [forebyggelse], når man sender dem hjem fra afdelingen. Mange patienter kommer ind i afdelingen med alkoholproblemer. Der er det svært, der er ingen præcise steder at henvende sig til, hvor de kan få hjælp.”* (SSA, kardio-

logisk). Plejepersonalet mener ikke, at der er nok forebyggelsestilbud i den primære sektor, og derved finder opfølgningen på de forebyggelsestiltag som sygehuset iværksætter over for patienten ikke sted i tilstrækkeligt omfang. Plejepersonalet mener, at netop opfølgning i primær sektor kan øge patienternes "compliance", dvs. at de efterlever sygehuspersonalets rådgivning og rent faktisk ændrer livsstil. *"Det er måske det [opfølgning] de mangler, dem der kommer igen, gengangerne. Nogle skal have det gentaget."* (SSA, kardiologisk). Samarbejdet med den primære sektor kunne blive meget bedre, og der er et ønske om, at det er de samme budskaber, der formidles til patienterne/borgerne i primær og sekundær sektor. En social- og sundhedsassistent siger følgende om samarbejdet mellem primær og sekundær sektor: *"Der er ikke noget samarbejde. Man mangler at samle det, så vi går samme vej i forebyggelsen. Amtet gør meget, men vi mangler at få kommunerne med."* (SSA, kardiologisk).

Yngre patienter nævnes som en gruppe, som den primære sektor ikke har nogen forebyggelsestilbud til. Selv hvis disse patienter får tildelt hjemmepleje pga. et sår eller lign., tror social- og sundhedsassistenterne ikke, at hjemmeplejen udøver forebyggelse, men at de udelukkende fokuserer på behandlingen. Hjemmeplejen kritiseres for ikke at "se hele personen", hvormed der menes, at patientens sygdom ofte er forbundet med livsstil, og derfor ville det være hensigtsmæssigt, at der ikke kun blev taget hånd om selve diagnosen, men også om livsstilsrelaterede årsager til diagnosen – med andre ord at forebyggelse integreres som en del af behandlingen og plejen i hjemmeplejen.

4.1.4. Fysiske rammer

Besøgende må ikke ryge på afsnittene, men patienterne har et rygerum, som er adskilt fra gangen og spise- og opholdsrummet med en stor glasvæg, således at alle forbipasserende let kan se, hvem der sidder i rygerummet og ryger. Personalet må på begge afsnit ryge ude på den altan, der ligger forenden af den lange gang længst væk fra indgangen til afsnittene. Plejepersonalet mener, at hvis det blev forbudt for patienterne at ryge på sygehuset, ville de mest afhængige rygere alligevel ryge på stuerne og på toilettet.

I begge afsnit hænger der rundt omkring på afsnittenes vægge diverse plakater fra relevante patientforeninger med slogans som f.eks. *"Hvordan sparer jeg på fedtet?"*, *"Rør dig mere"* og *"Tobak – nej tak"*. Desuden ligger der brochurer og pjecer rettet mod patienterne flere steder på afsnittene, som bl.a. informerer om tilbud om rygeafvænning, slanketilbud og andre tilbud. Det er hovedsageligt tobak, kost og motion der er i fokus, mens plakater og informationsmateriale vedr. alkohol ikke er særlig synligt, hvis der overhovedet findes noget på afsnittene. Rent visuelt konfronteres patienterne overalt på afsnittene med forebyggelsesbudskaber, samtidig med at de forskellige pjecer og andet informationsmateriale er frit tilgængeligt for dem.

På begge afsnit står i opholds- og spisetuen en kurv med forskellig frugt, som patienterne frit kan tage af i løbet af dagen. På gangene står permanent en vogn med kolde drikkevarer, som patienterne også selv kan tage. Frokosten på afsnittene ser appetitlig ud, og der er flere forskellige ting at vælge imellem. En social- og sundhedsassistent står ved maddisken dels for at servere maden for patienten, dels for at vejlede patienterne om deres kost. Der gøres en del ud af at præsentere maden attraktivt for patienterne, så de spiser mere, idet der findes en kost- og ernæringspolitik, der overordnet går ud på, at patienter ikke må tabe sig, mens de er indlagt. Især patienterne på det lungemedicinske afsnit har problemer med undervægt- og ernæring, og derfor findes der særlige tilbud om ekstra snacks til de småtspisende patienter. Patienterne på det hjertemedicinske afsnit har derimod ofte problemer med overvægt og skal derfor gerne lære at spise mere fedtfattig mad. Plejepersonalet fortæller, at maden, der serveres, går under betegnelsen "normalkost", som indeholder max 30% fedt og derfor ikke er speciel fedtfattig, idet hovedreglen på sygehuset er, at patienters eventuelle væggtab ikke skal påbegyndes på sygehuset, da kroppen har brug for kalorier til at restituere. Denne politik slås ekstra fast på det kardiologiske afsnit, hvor der på væggen ved vognen med drikkevarer hænger en hjemmelavet seddel med teksten: "*Raske spiser for meget, syge spiser for lidt*".

Under observationen på det hjertemedicinske afsnit bemærker en patient, at maden ser meget fed ud, "*suppen glinser af fedt*", og det synes patienten er et paradoks, idet han ofte på afsnittet bliver informeret om vigtigheden af at tabe sig som overvægtig hjertepatient. Han kan ikke forstå, at afsnittet på den ene side bruger energi på at informere om væggtab, og på den anden side tilsyneladende serverer fed mad for patienterne. Ifølge Sundhedsstyrelsen og Fødevaredirektoratet er meget få patienter klar over, at taber de sig i forbindelse med sygdom, stiger deres risiko for at få komplikationer (32). Desuden kan også overvægtige patienter være i risiko for underernæring i forbindelse med et belastende sygdomsforløb (33), hvorfor det anbefales, at overvægtige patienter heller ikke taber sig under indlæggelsen.

Læger og plejepersonale anser afsnittenes fysiske rammer for at være en barriere for deres forebyggende arbejde, eller som en læge udtrykker det: "*de fysiske rammer er for dårlige til at tale med patienter om livsstil*". (LÆG, medicinsk afd.). De fysiske rammer er for dårlige, idet der mangler et passende rum, hvor lægen eller plejepersonalet kan sidde i ro og fred for de andre patienter og tale med patienten om dennes livsstil, idet det kan være et ømfindtligt emne for patienten. Konsekvensen af at et sådant rum ikke findes er, at samtaler om patientens livsstil foregår på stuerne, hvor andre patienter kan lytte med, og det gør, ifølge lægerne, at de modificerer deres budskaber om forebyggelse til patienten, eller "*man glatter det ud. Patienten føler sig også udleveret til de andre, og man skal ikke trampe på dem*". (LÆG, medicinsk afd.).

Sygeplejerskerne synes ikke, at det er etisk forsvarligt over for patienten, at de fysiske rammer ikke tillader muligheden for en privat snak mellem læge/plejepersonale og patient. Det hjertemedicinske afsnit har et lille samtalerum, hvorimod det lungemedicinske afsnit ikke har et samtalerum. Samtalerummet i det hjertemedicinske afsnit anvendes ikke til individuelle samtaler om livsstil med patienterne. Disse samtaler udføres inde på stuerne, hvor de andre patienter kan lytte med. Social- og sundhedsassistenterne på det hjertemedicinske afsnit synes ikke, at samtalerummet er særlig anvendeligt, da man ikke kan få en seng eller en kørestol derind pga. rummets størrelse. Derfor ser sygehuspersonalet sig ofte nødsaget til at gennemføre svære samtaler og livsstilsamtaler med patienter inde på selve stuen.

4.1.5. Sammenfatning og fortolkning

De strukturelle tiltag med ernæringsteam, rygestopinstruktører og rehabiliteringskurser viser, at forebyggelse er på dagsordenen i afsnittenes dagligdag. Alkoholområdet synes at være et svagt punkt på forebyggelsesområdet, idet der ikke findes specifikke strukturelle tiltag rettet mod patienter med usunde alkoholvaner. En anden type strukturelt tiltag er indlæggelsessamtalen, som gør det mere naturligt for plejepersonalet at spørge ind til patientens livsstil, idet disse spørgsmål er en del af en række spørgsmål om hele patientens liv – og dermed er der fokus på patientens liv som en helhed og ikke kun på livsstilen. Indlæggelsessamtalen anvendes dog ikke konsekvent og systematisk, bl.a. fordi den nedprioriteres i perioder med travlhed og sandsynligvis også, fordi patienternes livsstil stadig er et ømtåleligt emne at tale om. Det kræver et vist mentalt overskud fra plejepersonalets side at tale med patienterne om deres livsstil i en forebyggelsessammenhæng (se afsnit 4.3.2.). Således eksisterer der en ambivalent holdning til indlæggelsessamtalen, idet der på den ene side gives udtryk for, at den gør det nemmere at spørge til patientens livsstil, mens der på den anden side gives udtryk for, at det alligevel er ubehageligt at spørge patienterne ud.

Fysioterapeuterne ønsker samarbejdet med de andre faggrupper udbygget, dels fordi de gerne vil have lettere adgang til plejepersonalets viden om patienternes psykosociale forhold, og om hvilke forebyggelsestiltag der er iværksat. Dels fordi der eksisterer uklarhed omkring hvilke faggrupper, der laver hvad på forebyggelsesområdet. Plejepersonalet og lægerne taler ikke systematisk om livsstil med alle patienter, og derfor er det svært for fysioterapeuterne at vide, hvornår de skal sætte ind uden at gentage de andre faggruppers indsats. Det er f.eks. pinligt at være den tiende sundhedsprofessionelle, der spørger patienten om dennes alkoholvaner. Fysioterapeuterne synes at befinde sig mere perifert inden for forebyggelsesområdet end de andre faggrupper, idet de overvejende er af den mening, at livsstilsrelateret forebyggelse ikke ligger inden for deres fagområde. Der kan dog spores en vis ambivalens i forhold til denne holdning, idet de godt kan se relevansen af, at patienten også informeres om

f.eks. rygning og alkohol i forbindelse med fysioterapi. Især fordi livsstilen har indflydelse på patientens fysiske træning, som fysioterapeuterne opfatter som deres kerneområde. Fysisk træning kan imidlertid også anskues som forebyggelse, nærmere betegnet en oplagt mulighed for at påvirke patientens fremtidige fysiske aktivitet.

Samarbejdet mellem læger og plejepersonale er bygget op omkring, at lægen qua sin autoritet skal tale med patienten om dennes livsstil og på dette grundlag så at sige "ordinere" forskellige, relevante forebyggelsesindsatser, mens plejepersonalets opgave er at følge op på lægens anbefalinger. Samarbejdsrelationen er til en vis grad præget af plejepersonalets kritik af lægerne. Plejepersonalet mener ikke, at lægerne er aktive og pædagogiske nok i forebyggelsessammenhænge. Denne kritik kan ses som et generaliserende og udokumenteret udsagn, der typisk kommer frem, når en faggruppe taler om en anden faggruppe. Det kan forstås som en måde at forsvare egne professionsinteresser og fastholde faggruppens egen indsats som noget særligt (26).

Fysioterapeuterne og plejepersonalet kritiserer den primære sektor for ikke at være tilstrækkeligt orienteret mod og gearet til livsstilsrelateret forebyggelse. Denne kritik synes at være baseret på manglende viden om den primære sektors reelle aktiviteter på forebyggelsesområdet, hvorfor kritikken synes at afspejle fordomme og myteprægede opfattelser af den primære sektor. For eksempel udfører praktiserende læger, sundhedsplejersker og apoteker livsstilsrelateret forebyggelse i den primære sektor. Kritikken af den primære sektor kan forstås som en del af den rivalisering, der synes at foregå mellem primær og sekundær sektor. En rivalisering hvor hver part søger at fremstille sig selv som den bedste og samtidigt kritiserer den anden part for ikke at udføre deres opgaver ordentligt¹⁵. Samtidig har hver part forskellige økonomiske interesser at varetage, hvilket må formodes at have indflydelse på deres opfattelse af den anden part.

15 Mangelnde samarbejde, viden og forståelse sektorerne imellem og en forståelse af den anden sektor præget af fordomme og myter er ikke et nyt fænomen. I erkendelsen heraf blev der for 5-10 år siden etableret en praksiskonsulentordning, som nu er landsdækkende. Ordningen består af praktiserende læger, der har en deltidsbeskæftigelse som praksiskonsulenter tilknyttet de enkelte afdelinger på sygehusene. Ordningen involverer knapt 10% af alle praktiserende læger, og arbejdet samordnes af praksiskoordinatorer. Ordningen betegnes som en brobyggerfunktion mellem alment praktiserende læger og sygehusafdelingerne med det formål at sikre smidige, sammenhængende og effektive patientforløb mellem sektorerne (34). Ordningen er evalueret af Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, og gennemgående er der tilfredshed med ordningen fra begge sider, dog mest fra sygehusafdelingernes side. Praksiskonsulenterne skal være "det talerør, der får de to kulturer til at respektere hinanden" (35). Konkret arbejder de med at få epikriser, henvisninger og ambulantnotater til at glide optimalt i begge retninger. 80% af praksiskonsulenterne ser deres opgave som nedbrydning af barrierer og løsning af samarbejdsproblemer. Det gøres ved at informere afdelingerne om praksis, og ved at fortælle praksis om nye behandlingsmuligheder og arbejdsgange på afdelingerne bl.a. gennem nyhedsbreve, fyraftensmøder og efteruddannelse (36).

Afsnittenes fysiske rammer rummer både barrierer og fremmende faktorer for sygehuspersonalets arbejde med forebyggelse. De fremmende faktorer er, at patienterne kan få vejledning omkring kosten af det plejepersonale, der står og serverer maden, at der står frugt og kolde drikkevarer fremme, og at patienten i sin færden på afsnittet hele tiden konfronteres med forskellige forebyggelsesbudskaber.

Barriererne er, at det er muligt for patienterne at ryge på afsnittet, hvilket kan være med til at friste patienterne til at ryge, selv om de har besluttet sig for at holde op. En anden barriere er manglen på samtalerum, som skal være store nok til, at man kan køre senge og kørestole derind. Samtidig er det vigtigt, at der etableres en praksis blandt både læger og plejepersonale om, at skal man tale med patienten om dennes livsstil, så anvendes samtalerummet rent faktisk, således at der er ro og fred til at tale om patientens livsstil. Livsstil er et meget privat emne og derfor udgør offentligheden omkring firesengsstuerne en barriere for forebyggelsen, idet sygehuspersonalet mener, at fortrolig kontakt med patienten bedst opnås under mere private og rolige forhold end en firesengsstue.

At det er tilladt for patienterne at ryge på afsnittet kan på den ene side være en barriere for de patienter, som forsøger at holde op med at ryge, idet det er svært at undgå synet af rygerne. På den måde bliver de ofte mindet om muligheden for at ryge, hvormed rygestoppet kan tænkes at blive sværere at bevare. En amerikansk undersøgelse fra 1981 viser, at rygefrekvensen blandt patienter og besøgende stiger, når en læge såvel som en patient sætter sig til at ryge i et ikke-ryger område på et hospital (37). Noget tyder således på, at folk ryger mere, når folk omkring dem ryger. På den anden side kan rygerummets synlighed være fremmende for forebyggelse af rygning, idet det er sværere for patienterne i al ubemærkethed at snige sig til at ryge en cigaret. På den måde kan rygerummets synlighed foranstalte en social kontrolmekanisme over for de patienter, der forsøger at holde op med at ryge, idet alle kan se, hvis man "falder i" og ryger alligevel.

At have rygerum til patienter på et sygehus sender modstridende signaler til patienterne, fordi de på den ene side informeres om rygningens helbredsmæssige konsekvenser, tilbydes vejledning om rygestop og får tilbudt nikotinsubstitutter under indlæggelsen. På den anden side legaliserer sygehuset deres rygning ved at tilbyde dem et rum at ryge i. Ligeledes kan det synes paradoksalt, at sygehuspersonalet må ryge på deres arbejdsplads, mens fordelene ved at de kun må ryge på altanen er, at deres rygning ikke er så synlig for patienterne. Ulempen ved at personalet må ryge er, at patienterne kan lugte, at de har røget, hvilket medfører en vis utroværdighed ¹⁶.

16 Se afsnit 4.4 og 6.2.2. for diskussion af sygehuspersonalet som positive rollemodeller.

Politikken om at ingen patienter må tabe sig, mens de er indlagt, er et paradoks for såvel plejepersonalet som for patienterne. For plejepersonalets vedkommende er det svært for dem at forklare patienterne, at de ikke må påbegynde et vægttab, mens de er indlagt, men at de helst skal tabe sig lige så snart, de er blevet udskrevet. Patienten oplever modsatrettede signaler, idet de på den ene side konfronteres med visuelle budskaber som *“Hvordan sparer jeg på fedtet?”* og samtidig informeres om vægttab, mens de på den anden side får serveret mad, der ser fed ud, og derfor ikke understøtter forebyggelsesindsatsen. Patienterne kan derfor tænkes at blive forvirrede over hvornår og hvordan de skal tabe sig. Budskabet om vægttab bliver sværere at formidle, når der ikke serveres fedtfattig mad på afdelingen.

De fysiske rammer kan tænkes at blive brugt som undskyldning for, at der ikke tales så meget om forebyggelse med patienterne, som sygehuspersonalet egentlig godt ved, at de burde gøre. Men spørgsmålet er, om der ville blive gennemført flere forebyggelsessamtaler, hvis der blev oprettet samtalerum. Det er i hvert fald ingen garanti for, at forebyggelsen i højere grad integreres i behandlingen og plejen af patienterne. Social- og sundhedsassistenterne mener f.eks., at det er mere naturligt at komme ind på forebyggelsesemner i forbindelse med dagligdags plejeaktiviteter som f.eks. badet. Måske fordi det virker mindre akavet og mindre kunstigt at komme ind på forebyggelse i disse situationer frem for at skulle sidde i et samtalerum og “officielt” tale om forebyggelse.

4.2. Idealer og etiske overvejelser

I det følgende præsenteres sygehuspersonalets idealer for og etiske overvejelser omkring forebyggelse. Med idealer menes idéer og principper om, hvordan forebyggelse ideelt set skal udføres. Med etiske overvejelser menes de etiske problemstillinger og/eller dilemmaer som sygehuspersonalet møder i forbindelse med deres forebyggelsespraksis.

4.2.1. Sikring af patientens informerede valg

Plejepersonalets idealer for forebyggelse cirkler sig omkring idéen om, at plejepersonalet har pligt til at informere patienten om de helbreds-mæssige konsekvenser ved en usund livsstil, men at det er patientens valg, om han/hun vil ændre livsstil. De skal gennem oplysning og undervisning sikre sig, at patienten har viden om de skadelige virkninger ved en usund livsstil – også selv om patienten afviser at ændre livsstil. De skal respektere og have forståelse for, at en usund livsstil kan være en del af patientens livskvalitet, og at patienten derfor ikke ønsker at ændre livsstil. *“Det er personalets opgave at sikre, at patienterne ved hvad de siger nej til, hvis de ikke vil. Så på en eller anden måde ligger det i mit arbejde at få forklaret konsekvenser af, at hvis patienten fortsætter med de her, i mine øjne, dårlige vaner. Men det kan godt være at*

patientens livskvalitet indbefatter alle de her ting og overhovedet ikke har lyst til at gøre noget ved det, og det må jeg så acceptere..." (SPL, kardiologisk). Et af plejepersonalets idealer for forebyggelse er således, at patienten skal have mulighed for at træffe et informeret valg vedr. sin livsstil, og at patienten ikke skal tvinges til at tage imod diverse forebyggelsestilbud. *"Folk har ret til at sige ja [til forebyggelse], men de har også ret til at sige nej."* (SSA, lunge-medicinsk). Plejepersonalet viser således en forståelse for, at livskvalitet kan indbefatte andre værdier end at leve et sundt liv.

Fysioterapeuternes idealer for forebyggelse ligger meget tæt op af plejepersonalets ideal om, at patienten skal træffe informerede valg. Eneste forskel er, at fysioterapeuterne ikke i samme grad som plejepersonalet anser livsstilsrelateret forebyggelse for at være en opgave, de som faggruppe skal løfte. Fysioterapeuterne ser det ikke i lige så høj grad som de andre faggrupper som deres pligt til at forebygge, men mere andre faggruppers pligt

Lægernes idealer for forebyggelse ligger også meget tæt op af plejepersonalets idealer, idet de mener, at patienterne skal informeres om risici ved deres livsstil, uden at der indtages en moraliserende rolle over for patienten. *"Vi er ikke en myndighed, der skal fortælle folk, hvad der er godt rent etisk. Vi må forholde dem til de ting vi ved, og så er det deres beslutning og deres ansvar."* (LÆG, medicinsk afd.). Da patienterne er "voksne mennesker" skal lægerne ikke fortælle dem, hvad der er godt og dårligt, de skal i stedet oplyse om, at patienten kan forbedre sin fremtid ved f.eks. at tage sig eller slippe af med sin blodtryksmedicin ved at tage sig, hvorefter det er op til patienten at træffe et informeret valg.

4.2.2. Vejledning frem for styring i en ligeværdig dialog

Et andet ideal plejepersonalet har for forebyggelse er, at de skal indtage en vejledende frem for en styrende rolle over for patienterne. En styrende tilgang til forebyggelse, hvor plejepersonalet indtager en moraliserende rolle over for patienten, menes at have en negativ effekt på patienten, som typisk reagerer på dette ved at lukke af over for plejepersonalets forebyggelsesbudskaber. *"Hvis vi løfter pegefingeren, så lukker patienten af."* (SPL, lungemedicinsk). Desuden understreges vigtigheden af, at personalet ikke overinformerer patienten, idet man risikerer, at patienten ikke kan kapere al den information og derfor lukker af over for det. *"Kommer vi med en stak bøger eller en mappe under armen, så skræmmer vi dem. Det virker som om vi vil overinformere dem, og så er de svære at få med."* (SSA, kardiologisk). Plejepersonalet ønsker således ikke at signalere, at de er for meget eksperter, idet det kan skræmme patienterne. Det er mere ideelt at tilstræbe en så ligeværdig dialog som muligt med patienten.

Sygeplejerskerne kritiserer nogle læger for at være for barske i deres udmeldinger til patienterne, f.eks. *“hvis du ikke holder op med at ryge, dør du.”* Det synes sygeplejerskerne er at behandle patienten dårligt og at udvise disrespekt for patienten. Sygehuspersonalet skal opføre sig ordentligt og ikke gemme sig bag sin autoritet som sundhedsprofessionel. *“Vi skal passe på, at den hvide kittel ikke gør os for kloge og lidt for grove, så vi mister respekten for det enkelte menneske og dets evne til at tage egne valg.”* (SPL, kardiologisk). I forebyggelsessammenhænge er det således vigtigt at betragte patienten som en kompetent person, der er i stand til at træffe sine egne valg. Hvis man ikke passer på, kan man qua sin autoritet som sundhedsprofessionel komme til at tale nedværdigende til patienten, hvilket ikke har en gunstig effekt på forebyggelsen. Tanken er her, at ligeværdig dialog med patienten er en forudsætning for, at livsstilsrelateret forebyggelse har en effekt.

4.2.3. Omsorg og nytteetik

Alle faggrupper er enige om, at visse patientgrupper skal fredes i forhold til forebyggelsesindsatsen på livsstilsområdet. Det drejer sig om patienter, der har en diagnose, hvor behandling ikke nytter noget dvs. døende patienter eller meget gamle patienter. Argumentet for “at frede” disse patienter er, at hvis deres livskvalitet indbefatter usunde livsstilsvaner som f.eks. rygning, vil man ikke tage dette fra dem, når de ikke har så lang tid tilbage at leve i. Som en sygeplejerske siger: *“Vi ved godt, at dem med lungecancer burde holde op med at ryge, men hvis det er deres livskvalitet at ryge 40 cigaretter om dagen, så lader vi dem ryge, fordi de har cancer, og det ændrer ikke det store ved at holde op. Det gør tværtimod deres sidste tid til et helvede, og det har vi da nogle gange været inde og vurdere.”* (SPL, lungemedicinsk). Denne holdning viser dels at sygehuspersonalet ikke nødvendigvis sætter livskvalitet lig med en sund livsstil – dels at omsorg for visse patientgrupper bruges som argument for ikke at forebygge. Sygehuspersonalet prioriterer således deres forebyggelsesindsats på baggrund af overvejelser vedr. det etiske forsvarlige i at udføre forebyggelse rettet mod døende og meget gamle patienter. En sådan beslutning om ikke at bruge ret mange kræfter på at forebygge over for denne type patient træffes i fællesskab på afdelingen, således at patienten møder et enigt personale.

En anden etisk overvejelse i tråd med ovenstående er, at sygeplejerskerne ikke vil kalde KOL¹⁷ for rygerlunger, som det ellers er blevet besluttet, at sygdommen skal benævnes for at fremhæve over for patienterne, at det er rygning, der er årsagen til deres sygdom. Sygeplejerskerne synes, det er synd for patienterne at kalde det for rygerlunger, idet *“de har det svært nok i forvejen”*. Sygeplejerskerne har således medlidenhed med disse patienter, og søger derfor at beskytte dem mod den barske sandhed om, at de selv ud fra

¹⁷ KOL står for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom.

en klinisk vurdering er skyld i deres sygdom. Dette med henblik på, at patienterne ikke skal få skyldfølelse og bebrejde sig selv.

Desuden bruger plejepersonalet færre kræfter på at tale om forebyggelse med en kronisk syg patient, der har været indlagt talrige gange og endnu ikke har ændret livsstil, i forhold til den indsats der iværksættes overfor en ny patient. *“Der er forskel på kronikere og nye patienter. Kronikere kan man ikke forebygge på og de føler simpelthen, at de bedre kan trække vejret når de får en cigaret. Hvis de kun har én liters lungefunktion tilbage, så herregud lad dem dog ryge, det er det eneste de har tilbage, du kan ikke helbrede dem. Men med nye patienter vil man sætte mere ind på at forebygge, med den unge patient vil man presse lidt mere på.”* (SSA, lungemedicinsk). Sygehuspersonalet vurderer, om der er et potentiale at hente rent forebyggelsesmæssigt hos patienten, dvs. om de forventer at patienten ændrer livsstil og er lydhør over for forebyggelsesbudskaberne. Disse overvejelser kan anskues som nytteetiske overvejelser, idet sygehuspersonalet helst kun udfører forebyggelse i de tilfælde, hvor det kan betale sig, forstået som at de har en forventning om, at patienten ændrer adfærd.

4.2.4. Sammenfatning og fortolkning

Et af sygehuspersonalets idealer for forebyggelse er, at alle patienter skal sikres, at de træffer deres beslutninger angående deres livsstil som et informeret valg. Tanken er, at sygehuspersonalet gennem oplysning om en usund livsstils effekt på helbredet indirekte skal forsøge at overbevise patienten om at ændre livsstil. Der er ingen synlig eller direkte tvang, for det er patientens eget valg, som i øvrigt skal respekteres. Spørgsmålet er, om man ikke kan tale om en form for usynlig tvang, idet en patient med usund livsstil som takker nej til sygehuspersonalets tilbud om oplysning og støtte med henblik på at ændre livsstil, alligevel helst skal oplyses om konsekvenserne af vedkommendes livsstil. Bag idéen om det informerede valg ligger tanken om, at patienten skal sikres et frit valg. Dette valg kan på den ene side ses som retten til at være fri fra indblanding, hvorfor oplysning kan ses som et overgreb på denne rettighed. På den anden side kan man opfatte det frie valg som retten til at kunne vælge, hvor denne rettighed sikres gennem oplysning (30). Sygehuspersonalet kan således have forskellige opfattelser af det frie valg, hvilket kan føre til uensartede forebyggelsespraksisser, ligesom sygehuspersonalet kan opfatte det frie valg på en bestemt måde i forhold til nogle patienter og på en anden måde i forhold til andre patienter.

Et andet ideal sygehuspersonalet har for forebyggelse er, at de frem for at være moraliserende og styrende skal have en vejledende rolle overfor patienterne. Spørgsmålet er, om de på trods af dette ideal kan undgå at være moraliserende. Inden for det medicinske paradigme er det gode liv lig med et langt liv uden alvorlige sygdomme (31;38), og derfor vil der basalt set altid være tale

om et etisk budskab i forbindelse med livsstilsrelateret forebyggelse. Dahlager udtrykker det på denne måde: *“Hvor de sundhedsprofessionelle i behandlingsøjemed træder i forhold til deres patienter som vidensformidlere i et professionelt forhold, skal de i forhold til forebyggelsessamtalen være formidler af et etisk budskab, af de rette værdier. (...) Der er ikke længere tale om et professionelt forhold, men om et etisk forhold baseret på personlige egenskaber.”* (30).

Sygehuspersonalets vejledning om livsstil kan, ifølge Vallgård, opfattes som moralisering og styring, fordi livsstil bl.a. handler om personlige værdier og egenskaber. Således er der en hårfin grænse imellem moralisering og vejledning. Et andet perspektiv er, at den løftede pegefinger (moralisering) skal undgås, ikke pga. risikoen for at være formynderisk over for patienten, men fordi moralisering ikke er en effektiv måde at få patienterne til at ændre livsstil. I stedet er der konsensus om, at man skal vejlede frem for at moralisere, men formålet med vejledningen er det samme som med moraliseringen, nemlig at få patienterne til at ændre livsstil. Idéen om vejledning frem for moralisering kan således ses som en styringsteknik som anvendes, fordi den anses for at være den mest effektive (31).

Hvis forebyggelse skal lykkes skal den udføres gennem en ligeværdig dialog mellem patient og sundhedsprofessionel, hvor patienten skal betragtes som en kompetent person, der kan træffe egne valg. Spørgsmålet er, hvor ligeværdig denne dialog kan blive, når der er statusforskelle i relationen mellem sundhedsprofessionel og patient (lægemand). Statusforskellene betyder, at der ikke er tale om en relation, hvor de to parter er ligeværdige. For eksempel har den sundhedsprofessionelle noget viden, som patienten ikke har, og det er den sundhedsprofessionelles pligt at formidle denne viden til patienten. Dermed ikke sagt at sygehuspersonalet ikke skal tilstræbe en ligeværdig dialog med patienten. Men man må være opmærksom på, at der er tale om en pseudo-ligeværdighed pga. de magtrelationer, der er indlejret i relationen mellem sundhedsprofessionel og patient (30;31). Med magtrelationer menes der, at patienten er afhængig af, at lægen og plejepersonalet udfører behandling og pleje af patienten. Dette afhængighedsforhold til sygehuspersonale bevirker, at der ikke er tale om patienten og den sundhedsprofessionelle som ligeværdige parter. Desuden kan sygehuspersonalet siges at betragte patienten som en “elev”, der skal undervises og uddannes i sin sygdom og i konsekvenserne af en usund livsstil (forebyggelse) (1).

Sygehuspersonalets idealer for forebyggelse har visse lighedstræk med den forebyggelsesmetode, der benævnes den motiverende samtale (39). Lighederne består i, at i begge forebyggelsespraksisser er respekten for patienten et centralt element, ligesom den sundhedsprofessionelle skal indtage en vejledende og ikke en styrende/moraliserende rolle over for patienten.

Et tredje ideal for forebyggelse er, at omsorgen for patienten kommer før forebyggelse. Over for meget gamle eller døende patienter udfører sygehuspersonalet ofte ikke forebyggelse, idet de gerne vil skåne patienterne for at skule ændre på livsstil, som er med til at give dem livskvalitet i deres sidste tid. I forbindelse hermed befinder sygehuspersonalet sig i et dilemma mellem deres pligt til at give patienterne et informeret valg og forståelsen samt respekten for, at patientens livskvalitet ikke nødvendigvis er lig med en sund livsstil. I dette tilfælde vejer omsorgen for patienten tungere end pligten til at forebygge. Ligeledes vil sygeplejerskerne i undersøgelsen ikke bruge betegnelsen rygerlunger over for KOL patienter. De synes, at det er uetisk at konfrontere de meget syge og svært belastede patienter med, at deres tilstand skyldes rygning og dermed er selvforskyldt. Omsorgen for patienterne vejer igen her tungere end det fagligt vedtagne. Sygeplejerskerne protesterer på den måde imod forebyggelse som fremme af skyldfølelser hos patienterne¹⁸. Når individet ansvarliggøres for sin livsstil og dermed også for sin sygdom, kan denne rammes af skyldfølelser. Skyld kan ses som en styringsteknologi, idet den forstærker etableringen af patienten/individet som ansvarlig for sin sygdom (30). Sygeplejerskernes etiske overvejelser viser, at de ikke bryder sig om at bruge skyld som en styringsteknologi.

Kendetegnende for sygehuspersonalets forebyggelsespraksis er, at man bevidst nedprioriterer forebyggelse over for patienter, som ikke forventes at ændre adfærd. Det drejer sig især om kronisk syge "svingdørspatienter". Dette kan ses som en nytteetisk overvejelse, idet der ikke forebygges i de tilfælde, hvor udbyttet (i form af patientens livsstilsændring) forventes at være lig nul. Sygehuspersonalet prioriterer således deres forebyggelsesindsats i forhold til de patienter, hvor der er størst sandsynlighed for, at indsatsen har effekt. Det er problematisk, at der ikke forebygges i forhold til de kronisk syge patienter, da ændring af en usund livsstil kan forbedre deres livskvalitet og forebygge genindlæggelser (1). Desuden er det vigtigt at være opmærksom på, at en patient måske først ændrer adfærd efter at have modtaget vejledning om forebyggelse for tiende gang.

4.3. Sygehuspersonalets opfattelse af deres forebyggelsespraksis

I dette afsnit analyseres de forskellige faggruppers opfattelse af, hvordan de griber det forebyggende arbejde an i praksis og hvorfor de henholdsvis forebygger eller ikke forebygger på livsstilsområdet.

¹⁸ Skyldfølelser er en mulig placebo effekt (en utilsigtet negativ virkning) ved livsstilsrelateret forebyggelse (30).

På ingen af de to afsnit foretager man systematiske og strukturerede forebyggelsessamtaler¹⁹ med patienterne. Samtaler om forebyggelse foretages ad hoc i forhold til, hvordan det passer ind i de kliniske aktiviteter. Argumentet for ikke at benytte sig af deciderede forebyggelsessamtaler er, at der er tale om medicinske afsnit, hvor man ikke kan planlægge arbejdet, og hvor det akut betingede kliniske arbejde hele tiden kommer før alt andet.

De dage, hvor der blev observeret, blev der ikke udført ret meget livsstilsrelateret forebyggelse, idet de eneste forebyggelsesaktiviteter, der blev udført, var første møderække i et hjerterehabiliteringskursus ledet af sygeplejersker og fysioterapeutens fysiske træning med hjertepatienter. En sygeplejerske på hjertemedicinsk afsnit vurderede, at hun bruger ca. 25% af sin samlede arbejdstid på livsstilsrelateret forebyggelse, hvorfor observationsdagene måske var atypiske i forhold til en typisk arbejdsdag.

4.3.1. Patientens motivation, vidensniveau og sind

Plejepersonalet og fysioterapeuterne er enige om, at deres forebyggelsespraksis afhænger af patientens motivation. Hvis patienten ikke er motiveret for at ændre livsstil, er det en vanskelig opgave at udføre forebyggelse, idet opfattelsen er, at man ikke kan tvinge folk til noget, de ikke har lyst til. Fysioterapeuterne mener, det er vigtigt at finde ud af, hvor motiveret patienten er, og hvad han/hun har interesse i for bedre at kunne tilrettelægge det forebyggende arbejde med patienten. Hvis patienterne ikke er motiverede, synes fysioterapeuterne, at det er vanskeligt at hjælpe dem med at ændre livsstil. Plejepersonalet supplerer denne holdning ved at sige, at en forudsætning for at forebyggelsen skal lykkes er, at patienten selv skal være villig til at få hjælp til at ændre livsstil. En lav grad af motivation hos patienten kan betyde, at sygehuspersonalet giver hurtigt op med hensyn til at iværksætte forebyggelsesindsatser over for patienten – og på den måde kan pessimisme vedr. resultatet af forebyggelsesindsatsen være en barriere for udførelse af forebyggelse.

En forudsætning for vellykket forebyggelse er, at plejepersonalet kan fornemme, hvad det er for en patient, man har med at gøre. Fakta som patientens uddannelse har f.eks. indflydelse på, hvordan man taler med patienten, og hvor detaljeret information der gives. *“Men det er igen hvor er patienten? Man finder patientens niveau, hvem er det du taler med, hvilken uddannelse har patienten, det har indflydelse på hvordan jeg snakker, og hvor jeg skal lægge mit informationsniveau henne.”* (SPL, lungemedicinsk). Social- og sundhedsassistenterne vil gerne starte med at forsøge at belyse årsagerne til patientens overvægt eller alkoholproblem. De vil gerne have patientens opfattelse

¹⁹ Med forebyggelsessamtaler menes, at sygehuspersonalet systematisk gennemfører samtaler med patienten om forebyggelse – en samtale, der er struktureret af forskellige emner, som skal belyses.

af hans/hendes situation, inden de går i gang med at forebygge. Desuden vil de forsøge at finde ud af, hvad patienten ved om f.eks. overvægt og alkohol for på den måde at nå frem til, hvor de skal begynde, og hvordan de skal gribe forebyggelsessamtalen an.

Der er forskel på, hvor skrap sygeplejerskerne synes de kan tillade sig at være overfor de forskellige patienter. Nogle patienter skal have forebyggelsesbudskaberne råt for usødet, hvorimod andre skal have budskaberne pakket lidt mere ind. Det er sygeplejerskens opgave at fornemme, hvordan forebyggelsesbudskabet skal leveres til den enkelte patient. *“Det handler om at stikke fingrene i jorden, så man ved, hvem man har med at gøre, og skal du snakke her og nu, eller skal du ikke, det er en af de fineste opgaver du har som sygeplejerske, det er at finde ud af, hvor står vi henne.”* (SPL, lungemedicinsk). På baggrund af sygeplejerskens fornemmelse af patientens sind, planlægger hun forebyggelsesindsatsen, så den passer til den pågældende patient.

Fysioterapeuterne mener også, det er en vigtig del af arbejdsgangen i forhold til forebyggelse først at finde ud af, hvad det er for et menneske man står overfor, således at man rammer patientens niveau mht. motivation, interesser og fysisk kapacitet.

Ligeledes mener lægerne, at dét at forebygge kræver, at den sundhedsprofessionelle har en fornemmelse for patientens sind, fordi alle patienter er forskellige, hvorfor den måde, man forebygger på over for hver enkelt patient, i princippet skal tilpasses individuelt. (...) *“hos nogle skal vi være meget varsomme, hos andre kan man køre det hele efter firesporet motorvej, fordi der er ingen problemer med det, så det kræver at man fornemmer patientens psyke, fordi de er forskellige...”* (LÆG, medicinsk afd.).

Alle faggrupper kan således siges at have en individualiseret tilgang til forebyggelse, idet de gerne vil målrette og tilpasse forebyggelsesindsatsen mod den enkelte patient i håb om, at effekten af indsatsen forøges. Alle patienter modtager altså ikke forebyggelsesråd- og tilbud på samme måde.

4.3.2. Den gode kontakt

Plejepersonalet mener, at en forudsætning for, at samtaler med patienter om forebyggelse skal have en positiv effekt, er, at der er en god kontakt mellem patienten og den sundhedsprofessionelle. Da alle ikke kan have en “god kemi” med alle patienter, undersøger plejepersonalet, hvis de ikke “svinger med” en given patient, hvem der har den bedste kontakt til den pågældende patient. Denne person varetager så forebyggelsesindsatsen over for den pågældende patient. Hvis en patient lukker af over for forebyggelsesbudskaberne, tages det ligeledes op i plejegruppen med henblik på at finde en anden, der “svinger bedre” med patienten. På den måde respekteres patien-

tens fravalg af forebyggelse ikke, idet man vil forsøge at nå patienten endnu en gang ved, at en sundhedsprofessionel med bedre/god kontakt til patienten overtager forebyggelsesopgaverne.

Der er forskel på, om sygeplejersken er i humør til at tage snakken om forebyggelse med patienten. Hermed menes, at sygeplejerskens aktuelle mentale tilstand har betydning for, om hun føler sig i stand til at tale om forebyggelse med patienten. *"For mig handler det om, hvordan man har det den dag. Man skal være optimal for at kunne gøre det [forebygge]. (...) Fordi du bruger dig selv som arbejdsredskab, du kommer ind som et stykke redskab og vælter ud af det du har, og det du ved, det er så meget dig... (...) og hvis det bliver voldbragt, så er der dage hvor man ikke kan præstere det, fordi man f.eks. har haft et skænderi med kæresten, eller har sovet dårligt."* (SPL, lungemedicinsk). Dét at forebygge kræver tilsyneladende mere end at udføre den almindelige pleje, fordi en god samtale om forebyggelse kræver, at den sundhedsprofessionelle bruger sig selv som arbejdsredskab. Hvis ikke den sundhedsprofessionelle kan være hundrede procent på over for patienten, er det svært at virke troværdig, hvorved forebyggelsen mister sin effekt.

Den gode kontakt mellem plejepersonale og patienter opstår oftest i forbindelse med basale plejeopgaver som badning og uddeling af mad. I disse situationer er der tid og mulighed for at tale med patienten om forebyggelse, fordi man har en bedre kontakt end man har i forbindelse med medicinrunder. *"Det er jo tit, når man står med en patient i badet, at man siger: "nå fru Hansen, nu skal du høre", der får man faktisk en meget bedre kontakt, end hvis man lige går rundt og siger: "her er de og de tabletter, værsgo og skyl"."* (SPL, lungemedicinsk). Både i bade- og madsituationen er der en konkret anledning (f.eks. hævede fødder pga. overvægt) til at tale med patienten om dennes livsstil, hvilket gør det lettere at indlede en snak om forebyggelse. Om aftenen og i weekenderne er der generelt mere tid og ro til at få talt med patienterne om forebyggelse. Social- og sundhedsassistenterne mener ligefrem, at patienterne åbner mere op, når mørket har sænket sig, og derfor skal plejepersonalet om aftenen og natten signalere, at patienterne er velkomne til at komme og tale med dem.

Fysioterapeuterne mener også, at etablering af en god kontakt med patienten er centralt for forebyggelsen. Nogle lader helt være med at tale om forebyggelse med en patient, som de ikke har en god kontakt med, dvs. at de ikke føler, de kan nå ind til patienten. I stedet kontaktes sygeplejerskerne på patientens afdeling for at høre, om der er nogen der, som har bedre kontakt med patienten. Fysioterapeuterne giver udtryk for, at jo længere forløb de har med patienten jo mere sandsynligt er det, at de udfører forebyggelse, fordi de så kender patienten bedre. Således er det afgørende for fysioterapeuternes forebyggelsespraksis, hvorvidt de føler, at de har haft tid og mulighed for at

lære patienten at kende. Nogle mener, at fysioterapeuter ikke ser patienten nok til at få opbygget den fortrolighed, der kræves, for at det virker naturligt at tale med patienten om f.eks. alkohol og rygning. *“Vi får opbygget noget fortrolighed efter nogle gange, så det [livsstil] kan godt være noget man får snakket om undervejs, for man kan heller ikke starte med at fortælle om alkohol, blodtryk og kost første gang, for så løber de skrigende væk.”* (FYS). Fortrolighed med patienten er således afgørende for, om fysioterapeuterne udfører forebyggelse.

Som tidligere nævnt synes plejepersonalet ikke, at lægerne er omsorgsfulde nok i deres måde at udøve forebyggelse på over for patienten. Lægerne selv er tilsyneladende tilbøjelige til at give dem ret, idet de selv betegner snakken om rygestop som en “opsang”. Samtidig karakteriserer lægerne sig selv som ublu, fordi der ikke er noget, der er for pinligt for dem at tale med patienten om. Derimod er de godt klar over, at det kan være pinligt for patienten at tale med lægen om sin livsstil i forbindelse med stuegang, især når der ligger andre patienter på stuen og lytter med. Lægerne generes ikke af det, men de synes, at “det er synd for patienterne, når vi tager for hårdt fat.” (LÆG, medicinsk afd.). Alligevel mener lægerne, at de ikke bare skal give patienten en besked, men forsøge at opnå en god kontakt med patienten for at kunne fornemme patientens sind og motivation.

4.3.3. Relationen mellem behandling, pleje og forebyggelse

Sygeplejerskerne opfatter forebyggelse som en integreret del af deres pleje og behandling af patienterne. De giver udtryk for, at det er helt naturligt for dem at tale med en patient om rygning og overvægt. *“Det ligger så dybt i vores afdeling, at vi informerer om de her ting, fordi vi er vant til at tale om risikofaktorer...”* (SPL, kardiologisk). Også i de to afsnits rehabiliteringsprogrammer for hhv. patienter med AML og KOL er der fokus på ændring af patienternes usunde livsstil. Denne tæt forbundne relation mellem pleje, behandling og forebyggelse skyldes sandsynligvis, at størstedelen af afsnittenes patientgrupper indlægges med livsstilsrelaterede sygdomme.

For social- og sundhedsassistenterne er forebyggelsen integreret i de daglige plejeaktiviteter. De udfører forebyggelse på stuerne, eller hvor situationen er, f.eks. i badet eller ved madbuffeten. Efter behandlingen af patientens akutte problem taler social- og sundhedsassistenterne med patienten om rygning og alkohol. De oplyser f.eks. patienten om rygestopkurser, og hvis patienten har lyst, bliver der sendt en rygestopinstruktør ind til vedkommende.

Alle fire faggrupper giver udtryk for, at behandlingen af patientens akutte tilstand prioriteres før alt andet, også før forebyggelse. Rationalet for denne prioritering er dels, at behandlingen af patienten kan være livsvigtig, dels at patientens tilstand har betydning for, om han overhovedet kan modtage infor-

mationer om forebyggelse. *“På denne afdeling griber vi fat i vejtrækningen først for ligesom at forbedre den, for han kan ikke dyrke motion uden at kunne få vejret, man vil ikke begynde med lange kloge snakke om forebyggelse, med en mand der ikke kan trække vejret.”* (SPL, lungemedicinsk). Plejepersonalet er desuden enige om, at når der er travlhed i afdelingen, så nedprioriteres det forebyggende arbejde, fordi plejen er den primære opgave. Manglende tid og travlhed er således en barriere for det forebyggende arbejde.

Lægerne prioriterer, ligesom de andre faggrupper, også behandlingen af patientens akutte tilstand før forebyggelsen. Lægerne oplever, at en barriere for deres forebyggende arbejde er det tidspres, de er i, når de går stuegang, fordi de udover at tale om forebyggelse også skal varetage det behandlingsmæssige. Men i de blodprøver patienten får taget i forbindelse med behandlingen, vil lægen f.eks. kunne se, om patienten har diabetes eller forhøjede levertal, der kan være et udtryk for, at patienten har alkoholproblemer. Pga. disse blodprøver spørger lægerne aldrig om patientens alkoholforbrug, da blodprøverne vil afsløre et eventuelt alkoholproblem. På den måde er første skridt i forebyggelsesprocessen integreret i lægens udredning af patienten og dermed i behandlingen.

Fysioterapeuterne er ikke så enige som faggruppe vedr. forebyggelse, som plejepersonalet giver udtryk for, at de er (se afsnit 6.1. for diskussion heraf). Som sagt mener fysioterapeuterne ikke, at det er deres opgave at varetage livsstilsrelateret forebyggelse. For eksempel er argumentet for ikke at tale om alkohol med en patient, der har et alkoholproblem, at man ikke kan gøre noget ved det. *“Hvis jeg ikke kan (...) lave den store indsats for at hjælpe den her person videre, så tager jeg ikke hul på det.”* (FYS). Modsat er et argument for netop at tale om alkohol med denne patient, at patientens alkoholmisbrug går ud over den fysiske træning med patienten. Således skal forebyggelsesaktiviteterne have en direkte indflydelse på den fysiske træning med patienten, for at fysioterapeuterne anser det som en relevant arbejdsopgave for dem. Inden for de klassiske tre risikofaktorer (rygning, overvægt og alkohol) er det overvægt, som hovedsageligt er i fokus, fordi patientens overvægt belaster ledene. På den måde har patientens overvægt håndgribelige konsekvenser for fysioterapeuternes fysiske træning med patienten. Fysioterapeuterne oplever, at deres styrke ligger i at motivere patienterne til at lave mere fysisk aktivitet. *“Overvægten og træningen, det er det, jeg kan gøre. Men hvis jeg opsnapper, at der er et hul et sted, så vil jeg ikke lukke ørerne for det, selv om det [alkohol, kost og rygning] ikke er mit fagområde...”* (FYS). Nogle fysioterapeuter spørger dog som oftest patienten om dennes rygevaner, men ellers lader det til at være meget forskelligt og lidt tilfældigt med hvem, hvornår og hvordan fysioterapeuterne taler om forebyggelse med patienterne. Forebyggelsen nedprioriteres eller fravælges helt, dels fordi fysioterapeuterne ikke føler, det er deres bord, dels fordi de har meget korte forløb med patient-

ten, og derfor ikke opnår den fornødne fortrolighed med patienten, og dels fordi de ikke føler, at de har de fornødne kompetencer.

4.3.4. Klædt på til at forebygge på livsstilsområdet?

Plejepersonalet føler sig rustet til at forebygge på livsstilsområdet, idet de under deres uddannelse har modtaget undervisning i, hvordan man griber det an. For eksempel er undervisning i den motiverende samtale en del af uddannelsen til sygeplejerske. Skulle de blive usikre på noget, kan de gå til en kollega med mere erfaring for at få vejledning. Nogle social- og sundhedsassistenter synes, at de er den bedste faggruppe til at udøve forebyggelse, da det er dem, der er mest ude blandt patienterne og dermed har størst kendskab til dem. Således opfattes kendskab til patienterne som en kompetence i forhold til at forebygge. Samtidig nævner social- og sundhedsassistenterne, at de mangler viden om kost og alkohol, og at det udgør en barriere for deres forebyggelsespraksis.

Fysioterapeuterne føler sig ikke rustet til at forebygge i relation til livsstilssygdomme. For det første fordi de ikke synes, at det ligger indenfor deres fagområde. For det andet fordi de mangler viden om, hvordan man motiverer patienten til at ændre livsstil, dvs. teori om adfærdssændring. For det tredje fordi der mangler at blive etableret nogle arbejdsgange omkring forebyggelse i forhold til samarbejdet med andre faggrupper – med andre ord en kortlægning af hvilke faggrupper der gør hvad. Der er ikke nogen fysioterapeuter, der er uddannede rygestopinstruktører, og nogle mener, at det ikke ligger indenfor fysioterapiens faglige felt, mens andre mener, at det kunne fysioterapeuter lige så godt være som sygeplejersker.

4.3.5. Sammenfatning og fortolkning

Når sygehuspersonalet siger, at det er svært og/eller ikke nytter noget at tale om forebyggelse med en patient, som ikke er motiveret for at ændre livsstil, er det et udtryk for, at deres forebyggelsespraksis bl.a. styres af forventninger til succes, dvs. om de forventer, at patienten ændrer livsstil. Jo større forventninger til succes, dvs. jo mere motiveret patienten er, jo større forebyggelsesindsats. Omvendt jo mindre forventninger til succes, dvs. jo mindre motiveret patienten er, jo mindre er sygehuspersonalets forebyggelsesindsats ²⁰.

Sygehuspersonalet tilpasser forebyggelsesindsatsen den enkelte patients vidensniveau og sind, og har således en individualiseret tilgang til forebyggelse. Spørgsmålet er, om sygehuspersonalet anvender anerkendte metoder til at

²⁰ Det gælder også for praktiserende læger, at deres forebyggelsespraksis blandt andre forhold også bestemmes af forventninger til succes med at give livsstilsråd. Forventninger til succes omfatter her en kombination af tro på egne evner som forebyggere og af muligheder for at medvirke til, at patienterne ændrer livsstil set i lyset af patienternes livsvilkår i øvrigt (40).

opnå denne vurdering af patienterne. Der er ikke noget i det empiriske materiale, der tyder på, at der anvendes en bestemt metode. I stedet tolker sygehuspersonalet på baggrund af deres "tavse viden"²¹ patienten til at være en bestemt type med et bestemt vidensniveau og en bestemt psyke. Tavs viden kommer ofte til udtryk, når den professionelle bliver bedt om at redegøre for sine handlinger. Derved tvinges den professionelle til at opfinde et sprog til formålet, og i den forbindelse anvendes typisk metaforisk tale (41), hvilket undersøgelsens sundhedsprofessionelle også anvender, idet de bl.a. taler om "at stikke en finger i jorden", når de skal forklare, hvordan de vurderer patienterne. Anvendelse af "tavs viden" kan betegnes som en forholdsvis usikker og usystematisk vurderingsmetode, hvorfor det kan tænkes, at sygehuspersonalet ikke altid foretager "korrekte" vurderinger, af en patients motivation, vidensniveau og psyke. Med andre ord kan man forestille sig, at sygehuspersonalet i nogle tilfælde på baggrund af deres tavse viden nedprioriterer forebyggelsesindsatsen over for en patient, som egentlig gerne ville have modtaget forebyggelsestilbud, og var mere parat til at ændre adfærd, end sygehuspersonalet skønnede patienten til at være.

Sygehuspersonalet mener, at etablering af en god kontakt og et indgående kendskab til patienten er en forudsætning for, at forebyggelsesindsatsen skal lykkes. Dette er vigtigt, fordi livsstilsrelateret forebyggelse fordrer en vis fortrolighed mellem patient og sundhedsprofessionel, idet intime detaljer om patientens liv og vaner berøres. Opnåelse af denne gode kontakt med patienten kræver imidlertid et vist mentalt overskud fra den sundhedsprofessionelles side, og det er ikke altid, at dette overskud er til stede hos den enkelte. Det, at den gode kontakt i en forebyggelsessammenhæng kræver et mentalt overskud, tyder på, at livsstilsrelateret forebyggelse kræver noget andet og/eller noget mere, end de fleste aktiviteter i den daglige pleje og behandling gør. Dette tyder på, at det faglige krav om forebyggelse på sygehuse ikke er uproblematisk at implementere, fordi det endnu ikke er en naturlig del af sygehuspersonalets faglige kerne. Måske fordi samtaler om forebyggelse opfattes som indgriben i private forhold og har moralske undertoner, fordi sygehuspersonalet "blander sig i", hvordan patienter bør leve deres liv uden for sygehuset. Forebyggelse der vedrører samtaler med patienten om livsstilsændringer adskiller sig fra behandling. Ved en behandling indgår patienten en "kontrakt" med de sundhedsprofessionelle, og lægen gennemfører behandlingen. I situationen med forebyggelse af usund livsstil er patienten en aktiv medspiller. Patientens livsstil er sjældent et bevidst valg, men produktet af en række forhold og vilkår i patientens livsforløb, hvor bl.a. patientens uddannelse, socioøkonomiske forhold, miljø og socialt netværk spiller en rolle for patientens livsstil.

21 Tavs viden – på engelsk "knowing-in-practice" – er, når en praktiker gør brug af genkendelser, bedømmelser og handlinger, hvilket sker spontant og ofte ubevidst. Praktikeren er ofte ikke bevidst om at have lært disse ting, og er ikke umiddelbart i stand til at beskrive den viden, der anvendes (41).

Derfor kræver ændring af livsstil ofte mere end oplysning. *“Ændringer af livsstil hos den indlagte patient bør være en kombination af at undervise og uddanne patienterne i deres egen sygdom og samtidig forstå, hvorfor patienterne har den livsstil, de fremviser, og hvilken sammenhæng den skal ses i.”* (1).

Plejepersonalet opfatter forebyggelsen som værende integreret i de daglige plejeaktiviteter. På trods heraf giver de udtryk for, at i tilfælde af travlhed (hvilket der tit er), skæres forebyggelsen væk til fordel for behandlingen og den basale pleje. Denne prioritering kan ses som et udtryk for, at forebyggelsen i praksis betragtes som en løsrevet eller uafhængig opgave, der således ikke fundamentalt er integreret i plejen og behandlingen af patienterne.

Fysioterapeuterne mener ikke, at de har særlig gode vilkår for at forebygge, idet de har meget korte forløb med patienterne. Disse korte forløb betyder, at de ofte ikke opnår fortrolighed med patienten, hvorfor det ikke falder dem naturligt at tale om forebyggelse. Derfor synes de, at plejepersonalet er bedre til at tage sig af forebyggelsen pga. deres tættere kontakt med patienterne. I fysioterapeuternes øjne er forebyggende aktiviteter mest relevante, når patientens livsstil har direkte indflydelse på deres fysiske træning. Spørgsmålet er, om de forløb som fysioterapeuterne har med patienten er kortere end dem, som lægen har med patienterne? Og da lægen forventes at kunne forebygge i korte patientforløb, kan man diskutere om fysioterapeuterne qua deres professionalitet bør være i stand til at udføre forebyggelse uagtet patientforløbets længde?

Uddannelse inden for forebyggelse, dvs. både faglig viden om livsstilsfaktoreres indvirkning på helbredet og teknikker/metoder til at forebygge, er desuden en forudsætning for, at forebyggelsen lykkes. Generelt føler plejepersonalet sig rustet til at forebygge, men de efterlyser mere viden om alkohol og ernæring. Fysioterapeuterne føler sig derimod ikke rustet til at udføre livsstilsrelateret forebyggelse, idet de bl.a. mangler viden om, hvordan man motiverer patienten til at ændre adfærd.

4.4. Sygehuspersonalet som positiv rollemodel

Det følgende handler om sygehuspersonalets holdning til, hvorvidt de skal være positive rollemodeller for patienterne. Begrebet positiv rollemodel er baseret på en idé om, at mennesker ændrer livsstil ved at betragte rollemodeller, dvs. ved at have tiltro til/se op til og derefter efterligne andre. Sygehuspersonalet skal motivere patienten til at ændre livsstil ved selv at leve op til og signalere de værdier, de rådgiver patienterne om. På den måde forventes sygehuspersonalet at kropsliggøre forebyggelsesbudskaberne ved at være positive rollemodeller (30). Begrebet positiv rollemodel har sit ophav i en

almen pædagogisk grundregel om, at der skal være overensstemmelse mellem adfærd og budskab, idet modsatrettede signaler svækker effekten af det pågældende budskab (9).

4.4.1. Empati, identifikation og (u)troværdighed

Med hensyn til rygning mener sygeplejerskerne, at det er en fordel at være eksryger, når de skal tale om rygestop med patienterne, fordi de bedre kan sætte sig ind i patientens situation. Samtidig kan de vise patienten, at det kan lade sig gøre at holde op med at ryge, hvorved sygeplejersken i den situation fungerer som en positiv rollemodel for patienterne. Lægerne mener ligeledes, at det at være eksryger er det bedste udgangspunkt for at tale om rygestop med patienterne. Desuden mener de, at der kan være nogle andre sygdomme f.eks. forhøjet blodtryk, som kan være en fordel for den sundhedsprofessionelle at have i forhold til udførelsen af det forebyggende arbejde, netop fordi lægen så bedre kan sætte sig ind i patientens sygdomssituation.

Der er mere varierende holdninger til, hvorvidt det er en fordel eller ulempe selv at være overvægtig, når patienter skal rådgives om overvægt. Nogle social- og sundhedsassistenter synes, at det er nemmere at tale om overvægt med patienterne, hvis de selv vejer lidt for meget. Dels fordi de bedre kan forstå patienterne, og dels fordi de har en tese om, at hvis en tynd kollega taler om overvægt med en patient, så er risikoen for, at patienten lukker af over for det, stor, fordi det opfattes som moralprædiken. Social- og sundhedsassistenterne er bange for qua en sund livsstil at distancere sig yderligere fra patienten, hvorved den gode kontakt ikke kan opnås. Hvorimod når den lettere overvægtige sundhedsprofessionelle taler om overvægt med den overvægtige patient, så etableres der nemmere en god kontakt med patienten. *“Jeg ved godt, det er svært at tabe sig, især hvis du har stor overvægt. Det gør det lidt lettere at snakke, fordi jeg selv er en i gruppen. Det gør det lidt lettere at snakke om, hvorfor det er så svært for mig også. (...) Jeg bruger mig selv som arbejdsredskab.”* (SSA, kardiologisk).

Fysioterapeuterne ser både fordele og ulemper i, at den sundhedsprofessionelle har været eller er overvægtig. Nogle mener, at denne erfaring gør det nemmere at tale med patienten om disse ting, fordi de bedre kan forstå patienten, og måske derfor lettere kan etablere en god kontakt med patienten. De formidler tingene på en bedre måde, når de selv har haft problemstillingerne inde på livet. Hvis en sundhedsprofessionel aldrig selv har vejlet et gram for meget, kan det være svært at sætte sig ind i patienternes problematik. Samtidig kan patienten se, at det kan lade sig gøre at holde op med at ryge eller at tabe sig. Andre mener, at en overvægtig fysioterapeut, der skal tale med patienterne om at motionere, kan resultere i, at patienterne ikke tager det fysioterapeuten siger alvorligt, fordi hun ikke selv har gjort noget ved sin overvægt. *“Det kan også virke omvendt, de kan også læne sig tilbage og sige*

‘hvad gør du selv?’” (FYS). De mener også, at man sagtens kan undervise overvægtige uden selv at have været overvægtig. Omvendt fortæller en fysioterapeut, der selv har prøvet at være overvægtig, at hun synes det var svært som overvægtig at skulle motivere folk til at motionere *“fordi man står med sorteste samvittighed og skal opfordre til, at de skal passe mere på deres krop, og så føler man at man står med skilt, hvor der står: jeg har ikke passet på mig selv.”* (FYS).

Lægerne synes det er svært at rådgive patienterne om noget – f.eks. rygning eller overvægt – som de selv har problemer med, fordi det virker utroværdigt og uærligt. Lægerne mener, at når en overvægtig læge fortæller en overvægtig patient, at hun sagtens kan tabe sig, så er styrken i det lægen siger svagere, end hvis det var en slank læge, der sagde det samme.

Sygeplejerskerne synes ikke det er hensigtsmæssigt, at en sundhedsprofessionel der er meget overvægtig, skal vejlede patienterne vedrørende overvægt. *“Hvis en kollega, der vejede 100 kilo, skulle tale om slankeklure, så ville patienten nok tænke ‘og det skulle komme fra dig’.”* (SPL, lungemedicinsk).

Alle faggrupper mener, at det har en negativ effekt på arbejdet med rygestop, at sygehuspersonalet går rundt med en pakke cigaretter i lommen eller lugter af røg²². Nogle patienter opfatter det som en legitimering af deres rygning, når de ser f.eks. en læge med en pakke cigaretter. *“Der er en af vores overlæger, der ryger, som har cigaretter i lommen, så hjælper det ikke så meget. Ubevidst tænker man, han er overlæge, og når han ryger, så mener han ikke, det er farligt, man bruger sine forsvarsmekanismer for at få legaliseret sine dårlige vaner.”* (SPL, kardiologisk). Desuden virker det ikke troværdigt at vejlede en patient om rygestop, når den sundhedsprofessionelle selv lugter af røg, selv om det vedkommende siger til patienten sagtens kan være rigtigt.

Plejepersonalet mener ikke, at de skal være perfekte, positive rollemodeller for patienterne, fordi de vil have lov til at have laster, hvis disse indgår i deres livskvalitet. De bryder sig ikke om, at nogen skal bestemme om de skal ryge og drikke i deres fritid. Plejepersonalet mener, at de godt kan videreformidle god og saglig information til patienterne, selv om de ikke er perfekte rollemodeller. *“For mig er der også forskel på sygeplejersken Mette og privatpersonen Mette, og jeg vil have lov til at drikke mig lidt halvberuset i rødvin og ryge 20 smøger til en fest, men jeg synes stadig væk godt, at man kan videregive en viden. Men et eller andet sted, så banker dobbeltmoralen også i ryggen på mig, selvfølgelig gør den det, men det ændrer ikke på min viden om, at det er usundt.”* (SPL, lungemedicinsk). Sygehuspersonalet synes at befinde sig i et

²² På ledelsesniveau er der på undersøgelsens sygehus taget konsekvenser af denne holdning, idet man kun kan blive uddannet til rygestopinstruktør, hvis man er eksryger eller aldrig har røget.

dilemma mellem deres professionelle identitet, som helst skal signalere sund livsstil, og deres private identitet, hvor de lever mere eller mindre sundt og gerne vil have lov til at have usunde livsstilsvaner.

4.4.2. Sammenfatning og fortolkning

Sygehuspersonalet har forskellige holdninger til, hvorvidt det er en fordel eller ulempe for det forebyggende arbejde, at sygehuspersonalet selv har eller har haft erfaringer med overvægt. Fordelen ved det er, at empatien for patienten styrkes, mens ulempen er, at den sundhedsprofessionelles troværdighed mindskes. Derimod er der enighed om, at en eksryger er den bedste til at udføre forebyggelse vedr. rygning, fordi denne både har empatien overfor patienten og troværdigheden qua at være en god rollemodel over for patienten. Der er også enighed om, at en sundhedsprofessionel, der ryger, er utroværdig i det forebyggende arbejde i forhold til rygning. Denne utroværdighed udgør en barriere for det forebyggende arbejde, idet patienterne kan opfatte det som en legitimering af rygning, når en sundhedsprofessionel ryger.

Sygehuspersonalet er splittede i deres holdning til, hvorvidt man skal være positive rollemodeller over for patienterne. De identificerer ovenstående fordele og ulemper på det professionelle plan ved at skulle være positive rollemodeller. På et mere personligt plan er det plejepersonalets holdning, at de vil have ret til at leve, som de har lyst til. De vil ikke leve mere sundt eller asketisk, fordi de professionelt arbejder med sundhed, idet de godt kan adskille det professionelle og det private fra hinanden.

Idéen om, at man er bedre til at rådgive patienter om et emne, hvis man selv har eller har haft emnet inde på livet, er problematisk. Er en kirurg, der selv er blevet opereret, en bedre kirurg end den kirurg, der ikke selv har været opereret? Sygehuspersonalets professionalitet må være en garant for, at selv om en sundhedsprofessionel f.eks. aldrig har været overvægtig eller har røget, så kan vedkommende godt formidle god og saglig viden til patienten, ligesom hun også godt kan leve sig ind i patientens situation.

Et centralt spørgsmål i denne forbindelse er, om det har en effekt på patienternes livsstil, når sygehuspersonalet (eller andre sundhedsprofessionelle) udgør positive rollemodeller? Dette spørgsmål vil blive behandlet i diskussionen (jf. afsnit 6.2.2).

5. Konklusioner

I det følgende konkluderes der omkring hver af pilotundersøgelsens fire problemstillinger, dvs. at de forskellige faggruppers opfattelse af deres rolle i det forebyggende arbejde, og deres opfattelse af deres forebyggelsespraksis sammenfattes. Endelig opsummeres barrierer og fremmende faktorer for det forebyggende arbejde på sygehuse.

5.1. Sygehuspersonalets opfattelse af deres rolle i det forebyggende arbejde

5.1.1. Fysioterapeuterne

Fysioterapeuterne mener ikke, at de skal bære forebyggelsesopgaverne alene. De mener, at deres faglige kompetence er fysisk træning, og dermed ligger deres forebyggende rolle indenfor motionsområdet, mens områderne alkohol, kost og rygning er mere nærliggende for plejepersonalet at tage op, da de har den daglige kontakt med de indlagte patienter. Fysioterapeuterne er dog ambivalente omkring forebyggelse, idet de godt kan se relevansen af, at også deres faggruppe taler om rygning og alkohol med patienterne.

5.1.2. Plejepersonalet

Plejepersonalets opfattelse af deres rolle er, at de har pligt til at sikre sig, at patienten kan træffe et informeret valg. Vælger patienten at fortsætte med sin usunde livsstil, skal de respektere dette valg, så længe det kan betegnes som et informeret valg. Måden, hvorpå sygehuspersonalet skal oplyse patienterne om konsekvenserne af deres usunde livsstil, er ved at indtage en vejledende rolle frem for en styrende og moraliserende rolle overfor patienten. Bag ideen om det informerede valg ligger tanken om, at patienten har et frit valg i forbindelse med valg af livsstil.

5.1.3. Lægerne

Lægerne opfatter deres rolle som autoritative faglige formidlere af, at en sund livsstil er en investering i fremtiden, dvs. at patienterne skal forstå hvilke konsekvenser en usund livsstil har for deres sygdom og for deres helbred generelt. Dette er en anden måde at give udtryk for, at det er lægens opgave at sørge for, at patienten kan træffe et informeret valg. Lægerne nedtoner betydningen af deres forebyggende rolle, idet de mener, at de fleste patienter først rigtigt er motiverede for at ændre livsstil, når de er blevet meget syge og derved har fået sig en forskrækkelse. Hermed udviser lægerne svage forventninger til og tvivl omkring, at samtaler med patienten om forebyggelse reelt har en effekt på patientens adfærd.

5.1.4. Sygehuspersonalet som positive rollemodeller

Sygehuspersonalets opfattelse af idéen om, at de skal være positive rollemodeller for patienterne, er præget af divergerende holdninger på hhv. et professionelt og privat plan. På et professionelt plan er der uenighed om, hvorvidt det er en fordel eller ulempe for det forebyggende arbejde, at man som fagperson selv er f.eks. overvægtig. Fordelen ved det er, at empatien for patienten styrkes, ulempen er, at den sundhedsprofessionelles troværdighed mindskes. De, der ryger, mener dog godt, at de kan videreformidle god og saglig viden til patienterne, mens de, der ikke ryger, mener, at det virker utroværdigt, når en ryger rådgiver en patient vedr. rygestop. Rent professionelt mener hovedparten, at det mest ideelle for forebyggelsen er, at sygehuspersonalet er positive rollemodeller for patienterne.

På et privat plan er der større modstand over for idéen om, at sygehuspersonalet skal være positive rollemodeller over for patienterne. Her erkendes de fordele, der er på et professionelt plan, men der ses også fordele ved, at sygehuspersonalet er helt normale mennesker, der har usund livsstil ligesom patienterne. Igen fremhæves styrkelsen af empatien som en fordel, der kan bruges til at opnå bedre kontakt med patienten. Især plejepersonalet er kritiske over for idéen om positive rollemodeller. De vil have lov til at leve deres liv, som de har lyst til – også selv om dette liv så at sige "går ud over" deres troværdighed i deres professionelle virke. Desuden mener de, at de er professionelle nok til at kunne formidle faglige budskaber om forebyggelse videre til patienterne, uanset hvilken livsstil de har.

5.2. Sygehuspersonalets forebyggelsespraksis

I dette afsnit konkluderes omkring sygehuspersonalets opfattelse af deres egen praksis. Der konkluderes dels omkring hvilke forhold, der har betydning for sygehuspersonalets forebyggelsespraksis, dels omkring hvordan sygehuspersonalets forebyggelsespraksis konkret udfoldes.

5.2.1. Strukturelle tiltags betydning

Strukturelle tiltag som ernæringsteam, rygestopinstruktører, rehabiliteringskurser og indlæggelsessamtaler er organisatoriske forhold, der har betydning for plejepersonalets forebyggelsespraksis. Disse tiltag er med til at sætte dagsordenen for hvordan, hvornår og hvilken forebyggelse der udføres. Indlæggelsessamtaler er potentielt med til at strukturere plejepersonalets forebyggelsespraksis, idet de er et redskab til at udføre systematisk forebyggelse. De bruges imidlertid ikke systematisk, idet andre plejeopgaver prioriteres, og fordi plejepersonalet har en ambivalent holdning til dét at stille patienten spørgsmål om dennes livsstil.

5.2.2. Betydningen af internt og eksternt samarbejde

Samarbejdsrelationerne mellem de forskellige faggrupper er med til at forme sygehuspersonalets forebyggelsespraksis. I samarbejdet mellem læger og plejepersonale er der en mere eller mindre udtalt konsensus om, hvem der gør hvad og hvornår på forebyggelsesområdet. Dette samarbejde er præget af, at lægen i forbindelse med stuegang informerer patienten om konsekvenserne af en usund livsstil og evt. henviser patienten til diætist eller fysioterapeut, hvorefter sygeplejersken følger op på denne samtale ved f.eks. at rådgive om rygestop.

Plejepersonalet kritiserer lægernes forebyggelsespraksis for ikke at være tilstrækkelig pædagogisk og for ikke at være aktiv nok på forebyggelsesområdet. Denne kritik er præget af udokumenterede og generaliserende udsagn, der kan forstås som en måde at forsvare egne professionsinteresser.

Samarbejdet mellem læger/plejepersonale og fysioterapeuter er præget af, at fysioterapeuterne ikke er klar over, hvilke faggrupper, der gør hvad og hvornår – og derfor i flere tilfælde helt udelader at tale om forebyggelse med patienten af frygt for at gentage de andre faggruppers forebyggelsesarbejde. Fysioterapeuternes forebyggelsespraksis er desuden præget af, at de mener, at de har dårlige vilkår for at udføre forebyggelse, fordi de har korte forløb med patienterne, og derfor ofte ikke når at etablere den fortrolighed med patienterne, som samtaler om livsstil kræver. Derfor synes de, det er mere naturligt, at det er plejepersonalet, der udfører forebyggelse vedr. rygning, kost og alkohol, idet de kender patienterne bedre end fysioterapeuterne, og har større mulighed for at opnå fortrolighed med dem.

Samarbejdet med primær sektor har også betydning for sygehuspersonalets forebyggelsespraksis, idet opfølgning i primær sektor på forebyggelsestiltag iværksat på sygehuset menes at øge patienternes "compliance", hvilket ville virke motiverende på sygehuspersonalets forebyggelsespraksis. Den primære sektor kritiseres for ikke at være tilstrækkeligt orienteret mod forebyggelse. Denne kritik er præget af myter og fordomme om primærsektor, og kan forstås som et led i den rivalisering, der finder sted mellem de to sektorer.

5.2.3. Prioritering mellem behandling, pleje og forebyggelse

For sygeplejerskerne er forebyggelse en integreret del af deres behandling og pleje, ligesom forebyggelse opfattes som integreret i de daglige plejeaktiviteter af social- og sundhedsassistenterne. Lægerne tager forebyggelse op på stuegang, hvis det er en del af behandlingen af specifikke symptomer. For fysioterapeuterne er det kun motion, som er integreret i deres behandling af patienterne. For alle faggrupper gælder det, at det akutte kliniske arbejde fylder meget og kommer før forebyggelsen. Er der travlhed på afsnittene, er det behandling og pleje, som prioriteres. Således er der uoverensstemmelse mel-

lem personalets (især plejepersonalets) opfattelse af forebyggelse som integreret i behandling og pleje og deres forebyggelsespraksis, hvor forebyggelse i travle perioder skæres væk og dermed betragtes som uafhængige opgaver frem for opgaver, der er integreret i behandling og pleje. Forebyggelse er altså endnu ikke en fuldt integreret del af sygehuspersonalets faglige kerne.

5.2.4. Betydningen af patientens motivation, viden og sind

Et led i plejepersonalets forebyggelsespraksis handler om at fornemme, hvilken patient man har foran sig for at kunne tilrettelægge sin indsats herefter. Patientens motivation, vidensniveau og psyke bestemmer måden, man udfører forebyggelse på, og hvilke informationer man giver til patienten. Social- og sundhedsassistenterne prøver desuden at få årsagerne til et givet livsstilsproblem frem, før de går i gang med at snakke forebyggelse. Undersøgelsen belyser ikke, hvorvidt plejepersonalet benytter anerkendte metoder²³ til at opnå denne fornemmelse for patienten. Undersøgelsens data tyder dog på, at personalet bruger deres "tavse viden" til at foretage denne vurdering af patienterne.

5.2.5. Prioritering mellem patienter

Sygehuspersonalet prioriterer deres forebyggelsesindsats på baggrund af etiske overvejelser om, at visse patienter (meget gamle eller døende) ikke skal konfronteres med deres usunde livsstil, fordi det er synd for patienten at skulle bruge sin sidste tid på at undvære de livsstilsvaner (f.eks. rygning), som subjektivt set sandsynligvis er med til at give patienten livskvalitet. Ligeledes nægter sygeplejerskerne at kalde KOL for rygerlunger i patienternes påhør, fordi de ikke vil indgyde (mere) skyldfølelse hos patienterne. I nogle tilfælde vægtes omsorgen for patienterne således højere end pligten til at forebygge.

Desuden prioriteres forebyggelse rettet mod nye eller unge patienter frem for kronisk syge patienter med mange indlæggelser bag sig og alligevel uændret livsstil. Der er således større forventninger til, at den unge eller nye patient ændrer livsstil, end der er til den kronisk syge "svingdørspatient". Personalets forventninger til succes i form af livsstilsændringer spiller således en rolle for deres praksis; jo større forventninger til patientens "compliance", jo mere forebyggelse udføres over for den pågældende patient. På samme vis spiller patientens motivation en rolle for sygehuspersonalets forebyggelsespraksis; jo mere motiveret patienten er, jo mere forebyggelse udføres.

5.2.6. Betydningen af god patientkontakt

Etablering af god kontakt med patienten fremhæves som et centralt element,

²³ En anerkendt metode til at afdække patientens motivation, vidensniveau og psyke er den motiverende samtale, hvor forskellige samtaleteknikker med patienten har til formål at sørge for, at den sundhedsprofessionelle tager udgangspunkt i patientens ressourcer for derefter at tilrettelægge sin praksis individuelt og respektfuldt i forhold til patientens stadie for forandring (39).

hvis sygehuspersonalets forebyggelsespraksis skal lykkes, idet forebyggelse rettet mod patientens usunde livsstil fordrer en vis fortrolighed mellem patient og sundhedsprofessionel. Med vellykket forebyggelse menes, at det lykkes for den sundhedsprofessionelle at motivere patienten til at ændre adfærd og dermed føre en mere sund livsstil. Det at skabe denne gode kontakt kræver et vist mentalt overskud hos den sundhedsprofessionelle, et overskud som ikke altid er til stede.

5.3. Barrierer og fremmende faktorer for det forebyggende arbejde på sygehuse

I det følgende angives forskellige forhold, som opfattes og/eller fortolkes som henholdsvis barrierer og fremmende faktorer for det forebyggende arbejde på sygehuse. Nogle af disse forhold nævnes eksplicit af sygehuspersonalet, mens andre fortolkes af forfatterne som sådan. Barrierer og fremmende faktorer kategoriseres i forhold til de overordnede afsnit i præsentationen af undersøgelsens resultater (kapitel 4).

5.3.1. Organiseringen af det forebyggende arbejde og de fysiske rammer

Barrierer:

- Servering af kost, der ikke er specielt fedtfattigt. For de patienter, som skal omlægge kostvaner og tabe sig, er det et paradoks, at de ikke må tabe sig, mens de er indlagt, og at de får serveret relativ fed mad under indlæggelsen.
- Ingen ekspertgrupper på alkoholområdet. Dette betragtes som en barriere for det forebyggende arbejde på alkoholområdet, idet plejepersonalet mangler viden om alkohol.
- Plejepersonalet og fysioterapeuterne mener, at den primære sektors tilbud om opfølgning af sygehusenes forebyggelsesindsats er mangelfuld. Der mangler bl.a. tilbud til yngre svært overvægtige mennesker, ligesom der mangler tilbud til patienter med alkoholproblemer. Netop dét at der bliver fulgt op på en patients rygestop, alkoholmisbrug eller vægtproblem, mener de, kan give en øget effekt, således at flere ændrer adfærd og får en sund livsstil.
- Mangel på viden om den primære sektors forebyggelsestilbud er en barriere for sygehuspersonalets videre visitering af patienterne efter udskrivelse.
- Rygerum til patienterne kan være med til at friste patienterne til at ryge, selv om de har besluttet sig for at holde op.
- Korte patientforløb kan være en barriere for forebyggelse blandt fysioterapeuterne, fordi fysioterapeuterne ikke når at opbygge den fortrolighed med patienten, som er en forudsætning for vellykket forebyggelse.

- Indlæggelsessamtaler gennemføres ikke systematisk. Dels fordi nogle patienter skønnes at være for dårlige til at kunne gennemføre samtalen, og dels fordi samtalen nedprioriteres til fordel for den daglige pleje. Det er ikke fordi skemaet ikke fungerer godt, men snarere fordi det både opfattes som en luksus at samtale med patienterne i en travl hverdag, og fordi det alligevel opfattes som pinligt at skulle spørge patienterne ud.
- Der er mangel på samtalerum, og disse skal være store nok til, at man kan køre senge og kørestole derind. Samtidig er det vigtigt, at der etableres en praksis blandt både læger og plejepersonale, således at samtalerummet anvendes til at tale med patienterne om deres livsstil i ro og fred. Livsstil er et meget privat emne, og derfor udgør offentligheden omkring firesengsstuerne en barriere for forebyggelsen.
- Der er tale om en uklar arbejdsdeling, dvs. uklarhed om hvilke faggrupper, der udfører hvilke forebyggelsesopgaver og hvornår. Dette kan bevirke, at fysioterapeuterne helt undlader at forebygge af frygt for at gentage andre faggruppers forebyggelsesindsats.

Fremmende faktorer:

- Ekspertgrupper med særlige kompetencer indenfor forskellige forebyggelsestemaer som f.eks. ernæring og rygestop fremmer det forebyggende arbejde, idet der qua deres eksistens sættes fokus på de pågældende områder.
- Mulighed for at patienterne kan få fulgt op på den forebyggelsesindsats, der er sat i værk på sygehuset, når de udskrives og dermed er i den primære sektors regi. På rygeområdet har den primære sektor gode tilbud til de udskrevne patienter om opfølgning på et eventuelt rygestop indledt på sygehuset.
- Mappe med samlet information om den primære sektors forebyggelsestilbud giver overblik over, hvor patienter kan finde hjælp til opfølgning på deres livsstilsproblem i den primære sektor.
- Udlevering af informationsmateriale og gratis rygeafvænningsprodukter til patienterne samt visuelle forebyggelsesbudskaber på vægge og døre i afsnittene.
- Vejledning omkring kosten af det plejepersonale, der står og serverer maden samt frit tilgængelig frugt og kolde drikkevarer.
- Ambulante rehabiliteringskurser for patienter med hhv. KOL og AMI virker fremmende for det forebyggende arbejde, idet patienterne i disse kurser bl.a. undervises intensivt i sund livsstil og udfører fysisk træning.
- Indlæggelsessamtaler med patienter virker i princippet fremmende for forebyggelsen, idet en sådan samtale giver anledning til, at plejepersonalet på en naturlig måde får spurgt patienterne om deres livsstil. Indlæggelsessamtalen anvendes dog ikke systematisk i praksis.

5.3.2. Barrierer og fremmende faktorer i sygehuspersonalets idealer for forebyggelse

Barrierer:

- En moraliserende tone over for patienten i forbindelse med samtaler om forebyggelse er en barriere for, at forebyggelsesindsatsen skal lykkes.
- En styrende rolle over for patienten ansues som en barriere for at forebyggelsesindsatsen lykkes.
- Omsorg for patienten kan bevirke, at nogle forebyggelsesbudskaber ikke formidles.
- Etiske overvejelser vedr. visse patientgrupper kan bevirke, at forebyggelse over for disse patienter ikke udføres.

Fremmende faktorer:

- Ligeværdig dialog med patienten.
- En vejledende og lyttende rolle i forhold til patienten.
- Hvis personalet kan flette en nytteetik ind i det daglige arbejde.

5.3.3. Barrierer og fremmende faktorer i sygehuspersonalets forebyggelsespraksis

Barrierer:

- Fysioterapeuterne føler sig ikke rustet til at udføre livsstilsrelateret forebyggelse, idet de bl.a. mangler viden om, hvordan man motiverer patienten til at ændre adfærd.
- Plejepersonalet betragter det som en barriere for forebyggelse i de tilfælde, hvor der ikke er "god kemi" mellem patient og sundhedsprofessionel.
- Mangel på mentalt overskud hos den sundhedsprofessionelle, idet forebyggelse kræver et vist mentalt overskud; denne skal bruge sig selv mere og på en anden måde i forhold til den daglige pleje og behandling. Hvis det mentale overskud ikke er til stede, vil den sundhedsprofessionelle ofte udelade at udføre forebyggelse.
- Lav grad af motivation hos patienten. Hvis patienten ikke er motiveret for at ændre livsstil, mener sygehuspersonalet, at det kan være spild af tid at udføre forebyggelse og undlader det derfor ofte i sådanne tilfælde.
- Travlhed opfattes som en barriere for forebyggelse, idet der ofte er så travlt på de to afsnit, at forebyggelsesaktiviteter nedprioriteres til fordel for behandlingen og den almindelige pleje af patienterne. Når der skal prioriteres, er det forebyggelsen, der først skæres væk, fordi den ikke på samme måde som behandlingen og basisplejen opfattes som livsnødvendig.

Fremmende faktorer:

- Den nødvendige uddannelse inden for forebyggelse er også en forudsætning for vellykket forebyggelse.

- God kontakt til patienten en forudsætning for vellykket forebyggelse, idet forebyggelse rettet mod patientens usunde livsstil fordrer en vis fortrolighed mellem patient og sundhedsprofessionel.
- Mentalt overskud hos sygehuspersonalet.
- God tid, dvs. ikke travlhed.
- Stor grad af motivation hos patienten til at ændre livsstil.

5.3.4. Barrierer og fremmende faktorer i forbindelse med idéen om sygehuspersonalet som positiv rollemodel

Barrierer:

- Sygehuspersonalets egen livsstil kan være en barriere, fordi patienten kan opfatte det, den sundhedsprofessionelle siger som utroværdigt, hvis den f.eks. er overvægtig eller ryger.

Fremmende faktorer:

- Sygehuspersonalets egen livsstil kan også ses som en fremmende faktor, idet der kan være tale om gensidig forståelse mellem patient og behandler, hvis begge f.eks. kæmper med en overvægt. Empati med patienten kan på denne måde medvirke til en bedre kontakt mellem patient og den sundhedsprofessionelle.

Der er her tale om, at samme forhold både kan være en barriere og en fremmende faktor. Det kunne være interessant at iværksætte forskning inden for dette felt, da der mangler viden om og evidens for betydningen af fænomenet "positiv rollemodel" blandt voksne.

6. Diskussion

I dette kapitel diskuteres først styrke og begrænsning ved undersøgelsens design og metode. Dernæst diskuteres undersøgelsens konklusioner ved at inddrage andre undersøgelser og forskning om forebyggelsespraksis og forebyggelsens teori.

6.1. Styrker og begrænsninger ved undersøgelsens design og metode

Styrken ved undersøgelsens metode er, at den kvalitative metode giver mulighed for at tilrettelægge dataindsamlingen åbent, således at informanternes udsagn ikke påvirkes af fastlagte kategorier, men følger deres egne normer og logikker. Kvalitative interviews giver desuden mulighed for at komme bagom forskellige sammenhænge og f.eks. få informanternes forklaring på, hvordan og hvorfor visse forhold opfattes som barrierer for forebyggelse.

Det er begrænset, hvad undersøgelsen kan sige om sygehuspersonalets anvendte handlingsnormer/forebyggelsespraksis, når der kun er gennemført observationsstudier på hvert afsnit sammenlagt to dage. Det ville have givet mere valide observationsdata at være med forskelligt personale på forskellige vagter (dag- og aftenvagter) gennem en hel uge. Når man kun observerer på hvert afsnit i to dage mellem kl. 7-15, kan de noterede observationer risikere at være atypiske for dagligdagen. Gennem to dages observation opnås således kun et overfladisk kendskab til afsnittenes dagligdag, plejeformer og arbejdsmiljø, hvorfor observationerne ikke bruges til at analysere, hvordan sygehuspersonalet griber det forebyggende arbejde an i praksis, men i stedet bruges til at kvalificere fokusgruppeinterviewene ved på forhånd at have indsigt i de tre observerede faggruppers daglige arbejde.

En ulempe ved fokusgrupper er, at der altid vil være psykosociale faktorer til stede under diskussionen i fokusgruppen, der kan begrænse datas kvalitet. Der kan bl.a. finde censur og sociale sanktioner sted, og de enkelte deltagere kan have behov for at tilpasse deres udtalelser i forhold til deres indtryk af de andre gruppemedlemmer. For eksempel er sygehuspersonalet bevidste om det sundhedspolitiske fokus på forebyggelse, og derfor vil de måske ikke give udtryk for, at de i virkeligheden ikke udfører så meget forebyggelse, som de siger de gør. Samtidig vil de gerne fremstille sig selv som dygtige og kompetente sundhedsprofessionelle, der lever op til samfundsmæssige og sundhedspolitiske forventninger om, at deres faggruppe skal udføre forebyggelse. Interviewene kan derfor være præget af informanternes professionsstrategiske fremstilling af faggruppens praksis (26).

Interviewene med de respektive faggrupper forløb på forskellig vis. Dels var interaktionen mellem deltagerne i de respektive faggrupper forskellig, dels var betingelserne for interviewene forskellige. Interviewet med fysioterapeuterne blev gennemført under gode betingelser, der var lavet kaffe og dækket op, da vi kom, vi sad i et stort rum hvor ingen kom og forstyrrede. Fysioterapeuterne virkede desuden meget engagerede og diskussionslystne, hvilket medvirkede til en livlig interaktion mellem deltagerne. Interviewene med plejepersonalet blev overvejende gennemført under knap så gode fysiske forhold. Vi sad ofte mange mennesker klempt sammen i et lille rum, der var ofte forstyrrelser, og der var ikke sørget for kaffe.

Der var også problemer med at samle de 4-6 deltagere, som vi havde bedt om. I en fokusgruppe var der således kun tre sygeplejersker. Ikke alle informanter levede op til de fastsatte inklusionskriterier, da der f.eks. var en fokusgruppe, hvor mange af deltagerne havde næsten samme alder og samme anciennitet. Nogle fokusgrupper blandt plejepersonalet virkede ikke lige så engagerede og diskussionslystne, som fysioterapeuterne gjorde. Interviewet med lægerne var præget af, at der kun deltog tre læger, samt at det lå i luften, at de ikke havde så god tid til at blive interviewet. Diskussionslysten blandt lægerne var ikke særlig stor, og de fremstod som meget enige i alt.

På grund af disse forskelligheder var moderators rolle også varierende. Ligeledes er interviewenes informationsniveau varierende. Fokusgruppen bestående af fysioterapeuter fremstår som den mest nuancerede gruppe, dvs. at deltagerne gav udtryk for forskellige synspunkter og havde en reel diskussion om forebyggelse. De andre fokusgrupper virkede mere påvirket af en professionsstrategisk fremstilling af deres forebyggelsespraksis. Måske var fysioterapeuterne mindre præget af en professionsstrategisk fremstilling af deres forebyggelsespraksis end de andre faggrupper, fordi der ikke er helt det samme forventningsniveau til dem om, at de skal udføre livsstilsrelateret forebyggelse, som der er til de andre faggrupper. Eller også lykkedes det i højere grad for moderator at komme bagom fysioterapeuternes professionsstrategiske fremstillinger, end det gjorde med de øvrige faggrupper – måske pga. de bedre betingelser for selve interviewet.

6.2. Diskussion af undersøgelsens resultater

I det følgende vil nogle af de mest interessante resultater fra undersøgelsen blive diskuteret. For det første ved at inddrage mere teoretisk litteratur om forebyggelse. For det andet ved at inddrage resultaterne fra en undersøgelse om praktiserende lægers perspektiver på deres egen forebyggende rolle og endelig ved at sætte undersøgelsens resultater i forhold til andre lignende undersøgelser.

6.2.1. Forebyggelse som en styringsteknologi

Sundhedsoplysning er ifølge Vallgårda (31) myndighedernes middel til at opnå magt over eller forme borgernes liv ved at styre dem til en ændret adfærd. Idéen bag sundhedsoplysning går ud på, at folk vil handle anderledes, når de får at vide, at de kan skade eller gavne deres sundhed ved en given adfærd. Således forventes det, at borgerne handler efter den rationalitet, som myndighederne selv har. I skriftligt oplysningsmateriale lægges op til, at det er folks eget valg og ansvar, hvordan de vil leve deres liv. Samtidig rummer materialet også et væld af påbud, der appellerer til folks autoritetstro og lydighed. Et konkret styringsredskab er den motiverende samtale, som har til formål at opnå en given adfærdsændring hos borgeren. Den sundhedsprofessionelles respekt for patientens synspunkt og den sundhedsprofessionelles ikke-styrende rolle formuleres som midlet til at opnå dette mål. Men i sidste ende er det kun de rigtige synspunkter, dvs. dem der fører til en sund livsstil, der respekteres. *“Selv om der blev talt meget om, at patienternes selv skulle vælge m.v., var samtalels formål at motivere patienterne til at handle, som myndighederne, lægen eller jordemoderen mente, at det var bedst for dem. (...) Det er således en styreform, der vil bruge patienternes autonomi med henblik på at få dem til selv at vælge “det rigtige”, dvs. den sundhedsfremmende adfærd.”* (31).

Styringsteknologien i den danske folkesundhedspolitik kan således siges at have til formål at få borgerne til selv at vælge den ønskede adfærd, dvs. at styre dem til at styre sig selv. Denne styring foregår på et dobbelt plan. På den ene side gennem appeller til borgernes lydighed og autoritetstro. På den anden side gennem appeller til borgernes selvstændighed og ansvarlighed. Således søger den danske folkesundhedspolitik at forene frihed og autoritet, idet borgerne opnår frihed, hvis de handler ansvarligt, dvs. hvis de lytter til autoriteterne. Vallgårda konkluderer følgende om denne dobbelthed: *“Borgerne blev udsat for modsatrettede styringsbestræbelser, som havde som mål at gøre dem enten lydige eller selvstændige. De blev både genstand for større paternalistisk omsorg og for voksende bestræbelser på at styrke deres autonomi.”* (31).

Samme dobbelthed kan genfindes i nærværende undersøgelses resultater. Sygehuspersonalet udtrykker idéen om, at de skal respektere patienternes valg, hvad enten de vælger en usund eller sund livsstil. Samtidig forsøger sygehuspersonalet at overbevise eller motivere patienterne til at træffe det “rigtige” valg: Den sundhedsfremmende adfærd. Bag idéen om det informerede valg ligger tanken om, at patienten har et frit valg i forbindelse med valg af livsstil. Spørgsmålet er, om patienterne reelt kan siges at have et frit valg, idet det frie valg kan forstås som retten til at være fri fra indblanding. Udførelsen af princippet om det informerede valg kan desuden betragtes som en måde at lægge pres på patienten, fordi personalet skal informere patienten om konsekvenserne af dennes livsstil, også selv om patienten på forhånd

afviser at ændre livsstil. Den ligeværdige dialog mellem patient og sygehuspersonale kan betragtes som en pseudo-ligeværdig dialog, idet der er indlejret ulige magtrelationer i forholdet mellem patient og sundhedsprofessionel. Sygehuspersonalet er fanget i denne dobbelthed, idet de befinder sig i et dilemma mellem på den ene side at ville sikre, at patienterne træffer et informeret valg, dvs. styre patienterne til at træffe det rette valg (en sund livsstil), og på den anden side synes de, at det er for intimt/privat og i nogle tilfælde uetisk at forsøge at motivere (styre) patienterne til at ændre livsstil.

6.2.2. Sygehuspersonalet som positive rollemodeller

Undersøgelser viser, at ikke-rygende sygehuspersonale udfører mere livsstilsrelateret forebyggelse end rygende sygehuspersonale (9). Af denne viden kan udledes, at de "sunde" sundhedsprofessionelle, dvs. de der ikke selv ryger, yder en mere intens forebyggende indsats end de "usunde".

I praksis har denne logik fået indflydelse på den måde som begrebet "positiv rollemodel" italesættes blandt sundhedsprofessionelle og blandt fagpersoner, der har med forebyggelse at gøre: Det er vigtigt, at de sundhedsprofessionelle er positive rollemodeller for patienterne f.eks. ved ikke at lugte af røg, ikke at have cigaretpakkerne synligt placeret i bryst- eller kittellommer. Her er der tale om, at man formoder, at hvis den sundhedsprofessionelle rådgiver om sund livsstil, og selv materialiserer en usund livsstil, så opfattes det faglige budskab som utroværdigt af patienten. Begrebet "positiv rollemodel" i forbindelse med mødet mellem fagpersoner og patienter kan imidlertid problematiseres.

I socialpsykologisk teori om sundhedsadfærd²⁴ er udgangspunktet, at mennesket dels lærer ved at observere begivenheder og andre mennesker – kaldet "modeling" (efterligne en/tage en til forbillede). Dels ved at afprøve adfærden, hvor det er vigtigt med positive forventninger til at magte adfærden – kaldet "self-efficacy" (selv-virkningsfuldhed). Dette teoretiske udgangspunkt er bl.a. brugt i internationale undersøgelser af skolebørns rygevaner, hvor begrebet "modeling" er anvendt, og viser en sammenhæng mellem børns og deres kammeraters og forældres rygevaner. Det er dog ikke alene adfærden hos venner og familie, der er afgørende for de unges rygevaner. Over halvdelen af dem, hvis bedste venner og forældre ryger, ryger ikke selv. Der er således ikke tale om, at børn blindt efterligner andre mennesker (42).

At børn til en vis grad efterligner deres nærmeste omgivers handlinger betyder ikke nødvendigvis, at også patienter efterligner sygehuspersonalets handlinger eller adfærd. Personalet tilhører ikke venne- eller familiekredsen og er således ikke en del af patientens nære sociale netværk, dvs. det uformelle netværk, men kan betragtes som en del af patientens formelle sociale net-

²⁴ Social Learning Theory og Social Cognitive Theory.

værk. Her er det nærliggende at inddrage et sociologisk perspektiv på adfærd i forbindelse med sundhedsoplysning. Ifølge teorien om spredning af fornyelser er det et fundamentalt princip i menneskelig kommunikation, at overførsel af ideer hyppigst sker mellem mennesker, der er lige (homofili) frem for mellem mennesker, der er forskellige (heterofili). Det drejer sig om ensartethed versus forskellighed med hensyn til sociale forhold som f.eks. social position og uddannelse, men også i forhold til normer, værdier og sprog. Kommunikation mellem mennesker, der er forskellige, kan ifølge teorien forårsage kognitiv dissonans (bevidsthedsmæssig ubalance), hvis rådgiveren udsætter den der skal rådgives for budskaber, der er inkonsistente med vedkommendes overbevisning, eller er inkonsistente med vedkommendes tekniske kunnen eller evner. Enten får budskabet ingen betydning for adfærden, eller der blokeres overfor budskabet (43).

Overføres dette teoretiske udgangspunkt til sygehusvæsenet, er spørgsmålet, om sygehuspersonalet i mødet med patienterne kan være rollemønstre for dem, når der kan være store statusforskelle i de to parter udgangssituation, som der f.eks. vil være mellem en overlæge og en ufaglært arbejdsmand. En evaluering af hjemmebesøg hos KOL-patienter²⁵ synes at vise, at dét der er vigtigt som led i at motivere til adfærdsændringer er, at den sundhedsprofessionelle²⁶ formår at skabe en kommunikationsform, hvor der er plads til patienternes perspektiv, frem for at fremstå som en positiv rollemodel (44).

En anden og vigtigt problematik forbundet med idéen om, at sygehuspersonalet skal udgøre positive rollemønstre for patienterne er, at det kan få betydning for sundhedsprofessionelles fremtidige mulige in- og eksklusion i sundhedssektoren. Hvis idéen om at sygehuspersonalet skal være positive rollemønstre for patienterne skal tages alvorligt, kan man forestille sig, at sygehusene f.eks. vil foretrække at ansætte ikke-rygere frem for rygere, og slanke frem for overvægtige. På den måde udgør idéen om positive rollemønstre både et styringsredskab til at ændre patienternes livsstil og til at ændre sygehuspersonalets livsstil (30).

Resultaterne fra nærværende undersøgelse viser, at sygehuspersonalet er meget optaget af, hvorvidt det at være en positiv rollemodel er af betydning for forebyggelsesbudskabernes gennemslagskraft hos patienterne. Der synes imidlertid at herske uklarhed om rollebegrebets relevans, anvendelse og afgrænsning fra andre begreber som forbillede og autoritet, ligesom det kunne være interessant at forske i, hvem der reelt er "positiv rollemodel" for hvem og i hvilke situationer. Hvis der fremskaffes viden herom, kunne det bibringe adfærdsforskningen nye elementer til forståelse af – og modeller for – forebyggelsespraksis udøvet af sundhedsprofessionelle.

25 KOL betyder **K**ronisk **O**bstruktiv **L**ungelidelse.

26 I KOL-projektet en specialsygeplejerske.

6.2.3. Forskellige niveauer i sygehuspersonalets perspektiv på forebyggelse

En kvalitativ undersøgelse af praktiserende lægers holdning til og perspektiv på deres egen forebyggende rolle kommer frem til, at det er givtigt for forståelsen af problemfeltet at analysere de praktiserende lægers perspektiver på forebyggelse ud fra tre forskellige niveauer (40):

1. *Et sundhedspolitisk niveau*, som fremhæver de forventninger, der på et samfundsmæssigt plan rettes mod de pågældende professioner.

Undersøgelsen viser, at de praktiserende læger har absorberet de samfundsmæssige forventninger om, at de som praktiserende læger spiller en vigtig rolle i forebyggelsen af livsstilssygdomme. Samtidig mener de praktiserende læger dog, at forebyggelse er et komplekst fænomen.

2. *Et professionelt niveau*, som bringer de fagpolitiske interesser og fagforeningernes forventninger til den pågældende profession i fokus.

Undersøgelsen når frem til, at de praktiserende læger har absorberet de forventninger, der eksisterer på et professionsniveau. De erkender, at de har mulighed og ansvar for at motivere patienterne til at leve et sundere liv, men fremhæver samtidig, at der er etiske problemer forbundet med at blande sig i patienternes livsstil.

3. *Et individuelt klinisk niveau*, der fremhæver den enkeltes erfaringer med de konkrete patienter. Den sundhedsprofessionelle er bevidst om de herskende sundhedspolitiske og professionsbaserede forventninger til sin kliniske praksis, men den erfaringsbaserede praksis overtrumfer ofte disse forventninger. Den sundhedsprofessionelle stifter sin egen "nye" praksis ved at transformere omverdenens forventninger til en praksis, der er væsentlig for den sundhedsprofessionelles møde med patienterne.

Undersøgelsen viser, at de praktiserende læger mangler tiltro til, at deres rådgivning har effekt på patienternes adfærd. Denne manglende tiltro forklares med forskellige erfaringsbaserede forhold, som f.eks. at de mener, at mange patienter har livsvilkår, der gør, at betydningen af at ændre livsstil overskygges af disse. De praktiserende læger befinder sig i et skisma mellem deres professionelle lægeansvar og det ansvar, de føler for hele patientens livssituation – og derfor udfylder de ikke altid deres forebyggende rolle over for alle patienter.

Undersøgelsen konkluderer bl.a., at sundhedsprofessionelle er bevidste om sundhedspolitiske og faglige forventninger, men at den erfaringsbaserede praksis overtrumfer disse forventninger og transformerer dem til en ny praksis, der er relevant for den sundhedsprofessionelles møde med patienterne (40).

I nærværende undersøgelse kan kun to af de ovenstående niveauer genfindes i sygehuspersonalets perspektiver på forebyggelse, idet det er svært at adskille det sundhedsprofessionelle og det sundhedspolitiske niveau i sygehuspersonalets talen om forebyggelse. Disse to niveauer synes at være smeltet sammen. En mulig forklaring på denne sammensmeltning er, at det sundhedsprofessionelle niveau kan have absorberet de budskaber og forventninger, der huserer på et sundhedspolitisk niveau. Det kan også skyldes, at det sundhedspolitiske niveau overskygger det sundhedsprofessionelle niveau på et sygehus, hvor en afdeling skal fungere på et tværfagligt grundlag.

Sygehuspersonalet reproducerer de forventninger, der er til deres rolle i det forebyggende arbejde, på *et professionelt og et sundhedspolitisk niveau*, når de taler generelt om forebyggelse, dvs. når de ikke konkret beskriver deres forebyggelsespraksis. I den forbindelse fremkommer følgende udsagn:

- Sygehuspersonalet skal sikre, at alle patienter kan træffe et informeret valg.
- Sygehuspersonalet har pligt til at forebygge.
- Sygehuspersonalet skal være positive rollemodeller.
- Forebyggelse er en integreret del af pleje og behandling.

Sygehuspersonalets *individuelle kliniske niveau* afspejles, når de konkret beskriver deres forebyggelsespraksis. I den forbindelse fremkommer følgende udsagn:

- Forebyggelse forudsætter en god kontakt med patienten.
- Forebyggelse kræver et mentalt overskud hos den sundhedsprofessionelle.
- Sygehuspersonalet prioriterer deres forebyggelsesindsats mellem patienterne på baggrund af a) etiske overvejelser og b) forventninger om succes med forebyggelse.
- Patientens grad af motivation har betydning for om og/eller i hvilket omfang, der udføres forebyggelse.
- Forebyggelse bortprioriteres i tilfælde af travlhed.
- At sygehuspersonalet skal være positive rollemodeller kan skabe en yderligere distance til patienten.

Sygehuspersonalet reproducerer i deres generelle tale om forebyggelse de idealer og forventninger, der på et professionelt og sundhedspolitisk niveau rettes mod sygehuspersonale. I forhold til et individuelt klinisk niveau fremhæves konkrete handle-mønstre og idealer i den erfaringsbaserede forebyggelsespraksis, hvoraf nogle er i modstrid med de idealer og forventninger, der findes på det professionelle og sundhedspolitiske niveau. Sygehuspersonalet har således absorberet de idealer og forventninger, der rettes mod dem på et professionelt og sundhedspolitisk niveau, men deres erfaringsbaserede praksis modererer disse og transformerer dem til en ny praksis, der er mere meningsfuld for sygehuspersonalet i deres møde med patienten.

6.2.4. Undersøgelsens resultater set i forhold til den øvrige forskning på området

Resultaterne fra de danske undersøgelser om forebyggelse på sygehuse er i tråd med resultaterne fra nærværende undersøgelse.

Følgende resultater fra kortlægningen af forebyggelsesaktiviteter på danske sygehuse i 1999 (8) er i overensstemmelse med denne undersøgelses resultater:

- At der er mindre fokus på forebyggelse om alkohol i forhold til områder som kost, motion og rygning.
- At forebyggelse endnu ikke er en integreret del af sygehusenes kerneydelser.
- At mangel på kvalifikationer omkring forebyggelse er en barriere for sygehuspersonalets forebyggelsespraksis.

Kortlægningen konkluderer, at læger og sygeplejersker er de primære aktører i forebyggelse, mens denne undersøgelse viser, at social- og sundhedsassistenter også er centrale aktører på forebyggelsesområdet, bl.a. fordi de ofte har mere kontakt til patienterne end lægerne og sygeplejerskerne har. Desuden viser denne undersøgelse, at fysioterapeuterne opfatter sig som centrale forebyggere på motionsområdet.

Følgende resultater fra spørgeskemaundersøgelsen om betydningen af sygehuspersonalets rygevaner for deres forebyggelsespraksis (9) stemmer overens med resultaterne fra denne undersøgelse:

- At sygehuspersonalets egen livsstil kan udgøre en barriere for deres forebyggelsespraksis.
- At sygehuspersonalet ikke udfører forebyggelse over for alle patienter.

Nærværende undersøgelse viser dog også, at en usund livsstil blandt sygehuspersonalet kan være fremmede for det forebyggende arbejde, idet der dermed er skabt grundlag for en større empati og identifikation mellem patient og sundhedsprofessionel.

Den kvalitative interviewundersøgelse af sygehuslægers perspektiver på forebyggessamtaler (10) ligger tæt op af resultaterne fra nærværende undersøgelse på følgende punkter:

- Akut behandling kommer før forebyggelsen.
- Travlhed og mangel på tid er en barriere for forebyggelse.
- At læger mener, det er deres pligt at sikre, at patienten træffer et informeret valg.

Nedenstående resultater fra de udenlandske undersøgelser (11-17) er også fundet i denne undersøgelse. I de udenlandske undersøgelser opfatter syge-

huspersonalet følgende forhold som barrierer for forebyggelse:

- Manglende uddannelse i forebyggelsesmetoder.
- Manglende tid sammen med patienten.
- Manglende samarbejde med primær sektor.
- Manglende samarbejde på sygehuset faggrupperne imellem.
- Behandling og pleje prioriteres før forebyggelse.
- Lave forventninger til at kunne motivere patienterne til at ændre livsstil.
- Patientens modvilje mod forebyggelse.

Sygehuspersonalet i nærværende undersøgelse giver således udtryk for perspektiver på forebyggelse, der kan genfindes blandt sygehuspersonale i England, USA, Canada, Sverige og Danmark. Hermed er det sandsynliggjort, at dataindsamlingen har frembragt data, som vil kunne genfindes hos andet sygehuspersonale i Danmark.

6.2.5. Afsluttende bemærkninger

Nærværende undersøgelse viser, at sygehuspersonalet overordnet giver positive tilbagemeldinger om, at det er relevant at udføre forebyggelse på sygehuse. Ingen giver udtryk for, at det ikke er relevant, men forebyggelsen er endnu ikke en integreret og naturlig del af sygehuspersonalets kliniske praksis. Det skyldes bl.a. at personalet ikke føler sig tilstrækkeligt rustet til at rådgive om livsstil, at det akutte arbejde prioriteres højest og at man skal have et mentalt overskud for at skabe den gode kontakt med patienterne, som er nødvendig for at kunne tale med dem om deres livsstil. Dette overskud kan ikke altid mobiliseres, hvorfor undersøgelsen peger på, at der også er knyttet barrierer for forebyggelse til sygehuspersonalet selv.

Undersøgelsen viser, at sygehuspersonalet oplever dét at udføre livsstilsrelateret forebyggelse som noget, der er meget intimt og potentielt grænseoverskridende, og at de er bange for at virke moraliserende over for patienten. Det kunne derfor være interessant at undersøge patienternes perspektiver på, hvordan det er at modtage forebyggelse som patient på et sygehus. Vil patienterne gerne tale om livsstil med sygehuspersonalet – og hvornår synes patienterne, at sygehuspersonalet går over grænsen og blander sig i noget, de ikke skal blande sig i? Desuden peger undersøgelsen på, at det kunne være en idé at se nærmere på det forebyggende arbejde i primær sektor såvel som sekundær sektor for at kortlægge samarbejdet mellem de to sektorer med henblik på at udbygge dette samarbejde.

7. Referenceliste

- (1) Jørgensen T, Borch-Johnsen K, Iversen L (red.). Klinisk håndbog i forebyggelse på sygehuse. København: Munksgaard, 2001.
- (2) Iversen L. Forebyggelse på hospitalet – statusrapport 1994-1997. København: Bispebjerg hospital, 1998.
- (3) Osler M, Schroll M. Lifestyle and prevention of ischaemic heart disease in Denmark. Changes in knowledge and behaviour 1982-1992. *European Journal of Public Health* 1995; 5:109-112.
- (4) Hammershøj E. Sygdomsforebyggelse i sygehusene. In: Goldstein H., editor. Sygdomsforebyggelse. København: Akademisk forlag, 2001: 43-50.
- (5) Jacobsen E.T. Forebyggelse og sundhedsfremme i sundhedsvæsenet. København, DSI Institut for Sundhedsvæsen, 1999.
- (6) Jacobsen ET. Sundhedsoplysende kampagner. Kvalitative analyser af afsenderperspektivet og forskellige modtagerperspektiver. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 1996.
- (7) Kamper-Jørgensen F, Almind G. Det forebyggende sundhedsarbejde. Forebyggelsesbegreber. In: Kamper-Jørgensen F, Almind G, editors. Forebyggende sundhedsarbejde. København: Munksgaard, 1998: 17-35.
- (8) Træden UI, Zwisler ADO, Møller L, Tønnesen H. Forebyggelse på danske sygehuse. En kortlægning. København: Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, 2001.
- (9) Willaing I. Rygning og forebyggelse i sygehusregi. København: Institut for Folkesundhed, Københavns Universitet, 2000.
- (10) Fredslund H. Når "vilde" problemer tæmmes. København: Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, 2001.
- (11) Maidwell A. The role of the surgical nurse as a health promoter. *British Journal of Nursing* 1996; 5(15):898-904.
- (12) Berland A, Whyte NB, Maxwell L. Hospital nurses and health promotion. *Canadian Journal of Nursing Research* 1995; 27(4):13-31.
- (13) Latter S, Maben J, Clark JM, Wilson-Barnett J. Perceptions and practices of health education and health promotion in acute ward settings. *Nursing Times* 1993; 89(21):51-54.
- (14) McBride A. Health promotion in hospitals: the attitudes, beliefs and practices of hospital nurses. *Sociology of Health and Illness* 1994; 20:92-100.
- (15) Thomson P, Kohli H. Health promotion training needs analysis: an integral role for clinical nurses in Lanarkshire, Scotland. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 26:507-514.
- (16) Williams JM, Chinnis AC, Gutman D. Health promotion practices of emergency physicians. *American Journal of Emergency Medicine* 2000; 18(1):17-21.
- (17) Himmelman L, Weinehall L. Preventivt läkararbete – viktigt men vanskligt. *Läkartidningen* 1996; 93(8):694-699.
- (18) Virksomheden ved sygehuse 2001. København: Sundhedsstyrelsen, 2003. (Sundhedsstatistikken 2003:2)
- (19) Kvale S. Inter View. København: Hans Reitzels Forlag, 1997.
- (20) Jensen TK. Politik i praksis. Frederiksberg: Samfundslitteratur, 1993.

- (21) Argyris C, Schön DA. Organizational learning II. Theory, method and practice. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company, 1996.
- (22) Berg BL. Qualitative research methods for the social sciences. 4th ed. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 2001.
- (23) Kitzinger J. The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness* 1994; 16(1):103-121.
- (24) Morgan D. Focus groups as qualitative research. London: SAGE, 1997.
- (25) Basch CE. Focus group interview: an underutilized research technique for improving theory and practice in health education. *Health Education Quarterly* 1987; 14(4):411-448.
- (26) Jacobsen ET, Timm HU. Forebyggelse som led i behandlingen af rygproblemer. Undersøgt med udgangspunkt i de sundhedsprofessionelles perspektiv. København: Sundhedsstyrelsen og DSI Institut for Sundhedsvæsen, 1997.
- (27) Stewart M, Tudiver F, Bass MJ, Dunn EV, Norton PG. Tools for primary care research. Newbury Park, CA: SAGE Publications, 1992.
- (28) Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research. Newbury Park, CA: SAGE Publications, 1990.
- (29) Kvale S. Inter View. København: Hans Reitzels Forlag, 1997.
- (30) Dahlager L. I forebyggelsens magt. *Distinktion* 2001;(3):91-102.
- (31) Vallgård S. Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige fra 1930 til i dag. Århus: Aarhus Universitetsforlag, 2003.
- (32) Sundhedsstyrelsen, Fødevaredirektoratet. Bedre mad til syge. Hvorfor? Hvordan? København: Sundhedsstyrelsen og Fødevaredirektoratet, 2003.
- (33) Sundhedsstyrelsen. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.
- (34) Albinus NB. Ni ud af ti læger efteruddanner sig for at højne kvaliteten. *Dagens Medicin* 2003 Dec 30.
- (35) Hansen AL. Praksiskonsulenter savner feedback. *Ugeskrift for læger* 2003; 45(165).
- (36) Hansen AL. Kortlægning af en brobyggerfunktion. *Ugeskrift for læger* 2003; 45(165).
- (37) Dawley HH, Carrol SF, Morrison JE. The discouragement of smoking in a hospital setting: the importance of modeled behavior. *The International Journal of the Addictions* 1981; 16(5):905-910.
- (38) Otto L. Et robust helbred eller et lykkeligt liv. In: Jensen UJ, Andersen PF, editors. *Sundhedsbegreber. Filosofi og praksis*. 1994: 75-94.
- (39) Mabeck C, Kallerup H, Maunsbach M. Den motiverende samtale. København: Dansk Selskab for Almen Medicin, 1999.
- (40) Jacobsen ET. Sundhedsprojekt Ebeltoft. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2001. (DSI rapport 2001.05)
- (41) Jensen TK, Johnsen TJ. Sundhedsfremme i teori og praksis. Århus: Forlaget Philosophia, 2000.
- (42) Iversen L, Søndergaard Kristensen T, Holstein BE, Due P (red.). *Medicinsk sociologi. Samfund, sundhed og sygdom*. København: Munksgaard Danmark, 2003.
- (43) Rogers EM. Diffusion of innovations. London: Free Press, 1983.
- (44) Jacobsen ET, Vinther K, Rasmussen FV, Kürstein P. Sygehusbaseret forebyggelse for KOL-patienter under indlæggelse og i hjemmet. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2002.

- (45) Sundhedsstyrelsen. Virksomheden ved sygehuse 1999. København: Sundhedsstyrelsen, 2001. (Sundhedsstatistikken; 2001:2)
- (46) Kjølner M, Rasmussen NK (red.). Sundhed og sygelighed i Danmark 2000. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.

8. Bilag

8.1. Undersøgelsens oprindelige design

Oprindeligt var det meningen, at undersøgelsen skulle finde sted på to sygehuse, der var placeret hhv. øst og vest for Storebælt med henblik på at tage højde for eventuelle regionale forskelle i sygehuspersonalets perspektiver på forebyggelse. Begge sygehuse skulle være kategoriseret som hovedsygehuse II (type 102)²⁷ (45). På hvert af de to sygehuse var det planen at foretage undersøgelsen på hhv. en medicinsk og en kirurgisk afdeling med henblik på at tage højde for forskellige strukturelle vilkårs betydning for sygehuspersonalets perspektiv på forebyggelse. Desuden var det hensigten at udvælge sygehuse med hhv. et højt og et lavt aktivitetsniveau for forebyggelsesaktiviteter jf. en kortlægning af forebyggelsesaktiviteter på danske sygehuse (8).

Et andet kriterium i udvælgelsen af sygehuse var, at de to sygehuse skulle ligge i to sammenlignelige amter i relation til befolkningens levevilkår. Dette kriterium opstod på baggrund af en hypotese om, at sygehuspersonalet er mere opmærksomme på og positive over for forebyggelse, jo større behov for forebyggelse lokalbefolkningen har. På baggrund af en sundheds- og sygelighedsundersøgelse fra 2000 (46) udvalgte i alt tre amter²⁸, hvis lokalbefolkning kunne siges at have en ringere sundhed end landsgennemsnittet²⁹. Disse tre amter var også amter, hvis lokalbefolkning havde ringere levevilkår end landsgennemsnittet³⁰.

Det skulle imidlertid vise sig at være en vanskelig opgave at få de udvalgte afdelinger på sygehuset vest for Storebælt til at deltage i undersøgelsen. I foråret 2002 udsendes brev til sygehusledelserne, hvor undersøgelsen beskrives, og på begge sygehuse gives grønt lys til at kontakte de respektive afdelingsledelser for at få deres tilsagn om at deltage i undersøgelsen. På sygehuset øst for Storebælt indvilger plejepersonalet på to medicinske afdelinger i at deltage i undersøgelsen, og de medicinske læger takker ja til at deltage i

27 Følgende argumenter ligger til grund for udvælgelsen af denne type sygehuse:

- Der er flest af denne sygehustype i Danmark.
- De findes i alle amter undtagen i Bornholms Amt.
- De har et større befolkningsunderlag end lokalsygehuse.
- Tendensen går mod at etablere større sygehusenheder og nedlægge de mindre lokalsygehuse, hvorfor generaliseringen af resultater fra undersøgelsen formodes at være mere fremtidsvalid.

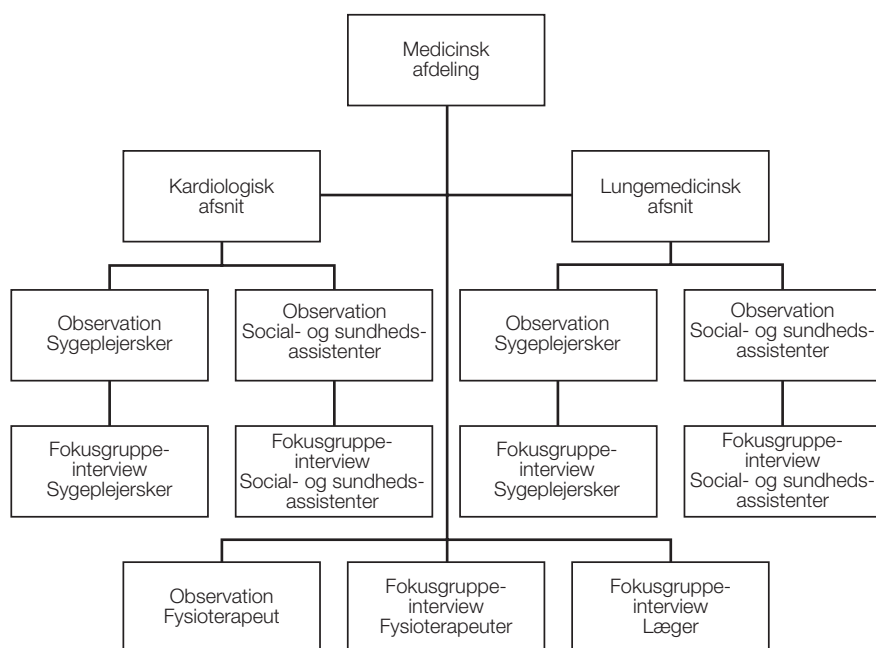
28 Der valgtes tre og ikke to amter i tilfælde af, at sygehuse i et amt ikke ville deltage i undersøgelsen. Således fungerer det tredje amt som "reserve".

29 Befolkningens sundhedstilstand blev jf. (46) defineret af følgende variable: a) overskridelse af Sundhedsstyrelsens ugentlige genstandsgrænse (kvinder = 14 genstande / mænd = 21 genstande), b) procentdel af befolkningen med svær overvægt (BMI over 30), c) procentdel storrygere, d) niveau for fysisk aktivitet og e) selv vurderet helbred.

30 Befolkningens levevilkår blev defineret ud fra tal om indkomst, ledighed og uddannelsesniveau (46).

dele af undersøgelsen³¹. Sygehuset vest for Storebælt takker derimod nej til at deltage med den begrundelse, at de pga. økonomiske nedskæringer ikke kan afse tid til at deltage, da alt udover basisydelserne skal skæres væk i den kommende periode. Derfor udvælges et andet sygehus vest for Storebælt, men her tegner det samme billede sig. Sygehusledelsen er positive for deltagelse, men afdelingsledelserne takker nej pga. travlhed og nedskæringer. Af praktiske grunde³² opgives det i sommeren 2002 at finde flere sygehuse, og således ender det med, at kun et sygehus kan og vil deltage i undersøgelsen. Det besluttet at betragte undersøgelsen som en pilotundersøgelse og derfor kun fokusere på et lungemedicinsk afsnit og et hjertemedicinsk afsnit på det udvalgte sygehus. Disse to medicinske afsnit vælges, fordi forebyggelse relateret til livsstil er yderst relevant i forhold til disse to afsnits patientgrupper. Undersøgelsens design ender således med at se sådan ud:

Figur 1. Undersøgelsens endelige design



31 Lægerne ville ikke deltage i observationsdelen, men gerne i fokusgruppeinterviewet.

32 Dataindsamlingen skulle af tidsmæssige årsager i gang i september 2002.

8.2. Observationsskema

Observationstema	Begrundelse	Konklusion
A. Fysiske rammer • Samtalerum/motionsrum • pjecer/skriftligt informationsmateriale • ro eller støj • overbelægning • udbud af drikkevarer • indtryk af kostens kvalitet • spiseforhold • rygerum for patienter og personale.	De fysiske rammer interagerer med det arbejde, som udføres på afdelingen.	Hvilke fysiske forhold er hæmmende eller fremmende for det forebyggende arbejde?
B. Udførelsen af forebyggende arbejde • hvilke opgaver udføres • hvordan udføres disse opgaver • hvilke metoder anvendes • forskelle i forhold til forskellige patienter • hvordan indgår forebyggelse i almen pleje • hvor meget tid bruges på forebyggelsesopgaver • tages der kontakt til primærsektor.	Observation af selve udførelsen af det forebyggende arbejde skal belyse et af projektets problemstillinger, der handler om hvilke forebyggelsesopgaver, der udføres, og hvordan de bliver udført.	Hvilke metoder anvendes?
C. Kommunikation med patienter • hvordan tales der med patienten om forebyggelse • hvordan reagerer patienten på forebyggelse • interaktion mellem patient og sundhedsprofessionel.	Den sundhedsprofessionelles kommunikation med patienten omkring det forebyggende arbejde siger dels noget om, hvordan den sundhedsprofessionelle griber arbejdet an, dels om hvordan patienten reagerer på det forebyggende arbejde.	
D. Intern kommunikation • tales der om forebyggelse internt på afdelingen.	Observation af den interne kommunikation om forebyggelse belyser, hvordan forebyggelse italesættes blandt plejepersonalet på afdelingen.	

8.3. Interviewguide til fysioterapeuter

Formålet med fokusgruppeinterviewene er at belyse sundhedsprofessionelles perspektiver på deres forebyggende rolle på en sygehusafdeling. Mere specifikt er det formålet at belyse, hvilke faktorer/forhold sygehuspersonalet opfatter som hhv. fremmende for eller hæmmende for deres forebyggende indsats.

Med forebyggende indsats menes primært forebyggelse af livsstilssygdomme (alkohol, tobak, kost, motion), men også andre former for forebyggelse, sådan som deltagerne betragter/definerer begrebet.

A. Indledning:

1. Referenten tegner bordet, og deltagerne tegnes ind på deres plads efter hånden som de på skift siger navn, alder, afdeling, antal år på afdelingen og på sygehuset.
2. Moderator fortæller om interviewet (formål, form og indhold), mens referent rigger båndoptager til.

B. Case præsenteres:

3. Moderator præsenterer følgende case, som deltagerne indledningsvis bedes diskutere:

En 38-årig svært overvægtig mand på 160 kg henvises fra kardiologisk afdeling m.h.p. fysioterapi. Han kommer selv ned i fysioterapien for at møde sin fysioterapeut. Da fysioterapeuten møder ham synes hun, han lugter af både øl og røg, og samtidig ser hun, at han bevæger sig noget besværet og virker forpustet.

HVORDAN GRIBER I BEHANDLINGEN OG FOREBYGGELSEN AN I DETTE TILFÆLDE?

C. Fremmende faktorer for det forebyggende arbejde:

4. Personlig interesse og opfattelse af egen kompetence
5. Støtte fra kolleger/kulturen på afdelingen og sygehuset
6. Opbakning og støtte fra ens faglige og professionelle miljø
7. Praktiske forhold såsom (rammer, tid, mv.)
8. Patienternes interesse og motivation
9. Egen livsstil (sund)
10. At der findes evidens
11. Andre ting.

D. Barrierer/hæmmende faktorer for det forebyggende arbejde:

12. Manglende personlig interesse
13. Opfattelse af manglende uddannelse/kompetence
14. Negative holdninger og manglende opbakning fra kolleger/afdeling/sygehus
15. Praktiske forhold såsom dårlige rammer, manglende tid mv.
16. Patienterne ønsker ikke livsstilsrelateret forebyggelse
17. Etiske betænkeligheder
18. Behandling kommer forud for forebyggelse på et sygehus
19. Egen livsstil (usund)
20. Manglende evidens
21. Andre ting.

E. Forebyggelsesopgaver og metoder

22. Hvilke forebyggelsesopgaver udføres her på jeres afdeling?
23. Hvilke metoder bruger I til de forskellige opgaver? (samtale, uddeling af skriftligt materiale, råd og vejledning, mm.)
24. Hvordan indgår forebyggelsen i jeres almindelige daglige opgaver med patienter?
25. Sker der en prioritering i forhold til forskellige patienter (diagnose, alder mv.)?

F. Konsekvenser af forebyggelsesindsatsen

26. Tror I, at I ved jeres forebyggelsesindsats medvirker til, at patienterne rent faktisk ændrer vaner – dvs. får sundere livsstil?

8.4. Interviewguide til plejepersonalet på lungemedicinsk afsnit

Formålet med fokusgruppeinterviewene er at belyse sundhedsprofessionelles perspektiver på deres forebyggende rolle på en sygehusafdeling. Mere specifikt er det formålet at belyse, hvilke faktorer/forhold sygehuspersonalet opfatter som hhv. fremmende for eller hæmmende for deres forebyggende indsats.

Med forebyggende indsats menes primært forebyggelse af livsstilssygdomme (alkohol, tobak, kost, motion), men også andre former for forebyggelse, sådan som deltagerne betragter/definerer begrebet.

A. Indledning:

1. Referenten tegner bordet, og deltagerne tegnes ind på deres plads efterhånden som de på skift siger navn, alder, afdeling, antal år på afdelingen og på sygehuset.
2. Moderator fortæller om interviewet (formål, form og indhold), mens referent rigger båndoptager til.

B. Case præsenteres:

3. Moderator præsenterer følgende case, som deltagerne indledningsvis bedes diskutere:

En 38-årig svært overvægtig mand på 160 kg indlægges af egen læge på lungemedicinsk afdeling med diagnosen astmatisk bronkitis. En sygeplejerske har observeret, at han under indlæggelsen en af de første dage lugter af øl og røg, og at han desuden bevæger sig noget besværet og virker meget forpustet. Observationen tages op på en morgenkonference, og følgende bliver besluttet?

HVILKE FOREBYGGENDE TILTAG VIL TYPISK BLIVE IVÆRKSAT, HVORDAN OG AF HVEM?

C. Fremmende faktorer for det forebyggende arbejde:

4. Personlig interesse og opfattelse af egen kompetence
5. Støtte fra kolleger/kulturen på afdelingen og sygehuset
6. Opbakning og støtte fra ens faglige og professionelle miljø
7. Praktiske forhold (rammer, tid, mv.)
8. Patienternes interesse og motivation
9. Egen livsstil (sund)
10. At der findes evidens
11. Andre ting.

D. Barrierer/hæmmende faktorer for det forebyggende arbejde:

12. Manglende personlig interesse
13. Opfattelse af manglende uddannelse/kompetence
14. Negative holdninger og manglende opbakning fra kolleger/afdeling/sygehus
15. Praktiske forhold såsom dårlige rammer, manglende tid mv.
16. Patienterne ønsker ikke livsstilsrelateret forebyggelse
17. Etiske betænkeligheder
18. Behandling kommer forud for forebyggelse på et sygehus
19. Egen livsstil (usund)
20. Manglende evidens
21. Andre ting.

E. Forebyggelsesopgaver og metoder

22. Hvilke forebyggelsesopgaver udføres her på jeres afdeling?
23. Hvilke metoder bruger I til de forskellige opgaver? (samtale, uddeling af skriftligt materiale, råd og vejledning, mm.)
24. Hvordan indgår forebyggelsen i jeres almindelige daglige opgaver med patienter?
25. Sker der en prioritering i forhold til forskellige patienter (diagnose, alder mv.)?

F. Konsekvenser af forebyggelsesindsatsen

26. Tror I, at I ved jeres forebyggelsesindsats medvirker til, at patienterne rent faktisk ændrer vaner – dvs. får sundere livsstil?

8.5. Interviewguide til plejepersonalet på kardiologisk afsnit

Formålet med fokusgruppeinterviewene er at belyse sundhedsprofessionelles perspektiver på deres forebyggende rolle på en sygehusafdeling. Mere specifikt er det formålet at belyse, hvilke faktorer/forhold sygehuspersonalet

opfatter som hhv. fremmende for eller hæmmende for deres forebyggende indsats.

Med forebyggende indsats menes primært forebyggelse af livsstilssygdomme (alkohol, tobak, kost, motion), men også andre former for forebyggelse, sådan som deltagerne betragter/definerer begrebet.

A. Indledning:

1. Referenten tegner bordet, og deltagerne tegnes ind på deres plads efterhånden som de på skift siger navn, alder, afdeling, antal år på afdelingen og på sygehuset.
2. Moderator fortæller om interviewet (formål, form og indhold), mens referent rigger båndoptager til.

B. Case præsenteres:

3. Moderator præsenterer følgende case, som deltagerne indledningsvis bedes diskutere:

En 42-årig svært overvægtig mand på 160 kg indlægges akut på kardiologisk afdeling med blodprop i hjertet. En sygeplejerske har observeret, at han ved indlæggelsen lugtede af øl og røg. Desuden bevæger han sig noget besværet og virker meget forpustet. Observationerne tages op på en morgenkonference og følgende bliver besluttet?

HVILKE FOREBYGGENDE TILTAG VIL TYPISK BLIVE IVÆRKSAT, HVORDAN OG AF HVEM?

C. Fremmende faktorer for det forebyggende arbejde:

4. Personlig interesse og opfattelse af egen kompetence
5. Støtte fra kolleger/kulturen på afdelingen og sygehuset
6. Opbakning og støtte fra ens faglige og professionelle miljø
7. Praktiske forhold såsom (rammer, tid, mv.)
8. Patienternes interesse og motivation
9. Egen livsstil (sund)
10. At der findes evidens
11. Andre ting.

D. Barrierer/hæmmende faktorer for det forebyggende arbejde:

12. Manglende personlig interesse
13. Opfattelse af manglende uddannelse/kompetence
14. Negative holdninger og manglende opbakning fra kolleger/afdeling/sygehus
15. Praktiske forhold såsom dårlige rammer, manglende tid mv.
16. Patienterne ønsker ikke livsstilsrelateret forebyggelse

17. Etiske betænkeligheder
18. Behandling kommer forud for forebyggelse på et sygehus
19. Egen livsstil (usund)
20. Manglende evidens
21. Andre ting.

E. Forebyggelsesopgaver og metoder

22. Hvilke forebyggelsesopgaver udføres her på jeres afdeling?
23. Hvilke metoder bruger I til de forskellige opgaver? (samtale, uddeling af skriftligt materiale, råd og vejledning, mm.)
24. Hvordan indgår forebyggelsen i jeres almindelige daglige opgaver med patienter?
25. Sker der en prioritering i forhold til forskellige patienter (diagnose, alder mv.)?

F. Konsekvenser af forebyggelsesindsatsen

26. Tror I jeres forebyggelsesindsats medvirker til, at patienterne rent faktisk ændrer vaner – dvs. får sundere livsstil?

8.6. Interviewguide til læger på medicinsk afdeling

Formålet med fokusgruppeinterviewene er at belyse sundhedsprofessionel-les perspektiver på deres forebyggende rolle på en sygehusafdeling. Mere specifikt er det formålet at belyse, hvilke faktorer/forhold sygehuspersonalet opfatter som hhv. fremmende for eller hæmmende for deres forebyggende indsats.

Med forebyggende indsats menes primært forebyggelse af livsstilssygdomme (alkohol, tobak, kost, motion), men også andre former for forebyggelse, sådan som deltagerne betragter/definerer begrebet.

A. Indledning:

1. Referenten tegner bordet, og deltagerne tegnes ind på deres plads efterhånden som de på skift siger navn, alder, afdeling, antal år på afdelingen og på sygehuset.
2. Moderator fortæller om interviewet (formål, form og indhold), mens referent rigger båndoptager til.

B. Case præsenteres:

3. Moderator præsenterer følgende case, som deltagerne indledningsvis bedes diskutere:

En 38-årig svært overvægtig mand på 160 kg indlægges af egen læge på lunge- og medicinsk afdeling med diagnosen astmatisk bronkitis. En yngre læge har

observeret, at han under indlæggelsen en af de første dage lugter af øl og røg, og at han desuden bevæger sig noget besværet og virker meget forpustet. Observationen tages op på en morgenkonference, og følgende bliver besluttet?

HVILKE FOREBYGGENDE TILTAG VIL TYPISK BLIVE IVÆRKSAT, HVORDAN OG AF HVEM?

C. Fremmede faktorer for det forebyggende arbejde:

4. Personlig interesse og opfattelse af egen kompetence
5. Støtte fra kolleger/kulturen på afdelingen og sygehuset
6. Opbakning og støtte fra ens faglige og professionelle miljø
7. Praktiske forhold såsom (rammer, tid, mv.)
8. Patienternes interesse og motivation
9. Egen livsstil (sund)
10. At der findes evidens
11. Andre ting.

D. Barrierer/hæmmende faktorer for det forebyggende arbejde:

12. Manglende personlig interesse
13. Opfattelse af manglende uddannelse/kompetence
14. Negative holdninger og manglende opbakning fra kolleger/afdeling/sygehus
15. Praktiske forhold såsom dårlige rammer, manglende tid mv.
16. Patienterne ønsker ikke livsstilsforebyggelse
17. Ethiske betænkeligheder
18. Behandling kommer forud for forebyggelse på et sygehus
19. Egen livsstil (usund)
20. Manglende evidens
21. Andre ting.

E. Forebyggelsesopgaver og metoder

22. Hvilke forebyggelsesopgaver udføres på jeres afdelinger (kardiologisk og lungemedicinsk)?
23. Hvilke metoder bruger I til de forskellige opgaver? (samtale, uddeling af skriftligt materiale, råd og vejledning, mm.)
24. Hvordan indgår forebyggelsen i jeres almindelige daglige opgaver med patienter?
25. Sker der en prioritering i forhold til forskellige patienter (diagnose, alder mv.)?

F. Konsekvenser af forebyggelsesindsatsen

26. Tror I, at I ved jeres forebyggelsesindsats medvirker til, at patienterne rent faktisk ændrer vaner – dvs. får sundere livsstil?

Sygehuspersonalets perspektiver på forebyggelse

– casestudier fra et kardiologisk og et lungemedicinsk afsnit

Udførelse af livsstilsrelateret forebyggelse på sygehuse er et centralt element i arbejdet med sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme. Det er relevant at udføre forebyggelse på sygehuse, fordi en stor del af indlæggelserne kan kædes sammen med befolkningens livsstil. Ved at motivere patienten til at ændre sine usunde livsstilsvaner kan genindlæggelser af patienter med kroniske sygdomme forebygges og dermed mindskes belastningen på sygehusafdelingerne. Befolkningens sygdomsmønstre og dermed også patientsammensætningen har ændret sig. Tendensen går mod, at flere patienter efter at være færdigudredt har et ligeså stort behov for at modtage rådgivning omkring deres livsstil som de har for medicinsk behandling.

Det er vigtigt at belyse sygehuspersonalets perspektiver på forebyggelse, da denne gruppe er det udførende led. Det er sygehuspersonalet, der skal sikre, at forebyggelse integreres i den kliniske praksis på sygehuse.

Denne rapport undersøger sygehuspersonalets perspektiver på forebyggelse ved hjælp af observationer og fokusgruppeinterviews med læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og fysioterapeuter på to medicinske afsnit i et centralsygehus i provinsen. Rapporten giver indsigt i de paradokser og problemstillinger, der er forbundet med at udføre forebyggelse på sygehuse. Desuden beskrives barrierer og fremmende faktorer for sygehuspersonalets forebyggelsespraksis.

Undersøgelsen viser, at sygehuspersonalet generelt er positivt indstillet overfor at skulle udføre livsstilsrelateret forebyggelse, men at forebyggelsen endnu ikke er en fuldt integreret del af deres daglige kliniske praksis pga. de paradokser og problemstillinger, der er knyttet til personalets forebyggelsespraksis. Desuden viser undersøgelsen, at sygehuspersonalets forebyggelsespraksis er uensartet, idet der er forskel på, hvilke patienter man taler om forebyggelse med, og hvordan det gøres.

Undersøgelsen er gennemført af sociolog Marlene Willemann og af ph.d., kultursociolog og fysioterapeut Eva Thune Jacobsen.