



AALBORG UNIVERSITET

Institut for Medicin og
sundhedsteknologi

Kandidatspeciale i
Folkesundhedsvidenskab

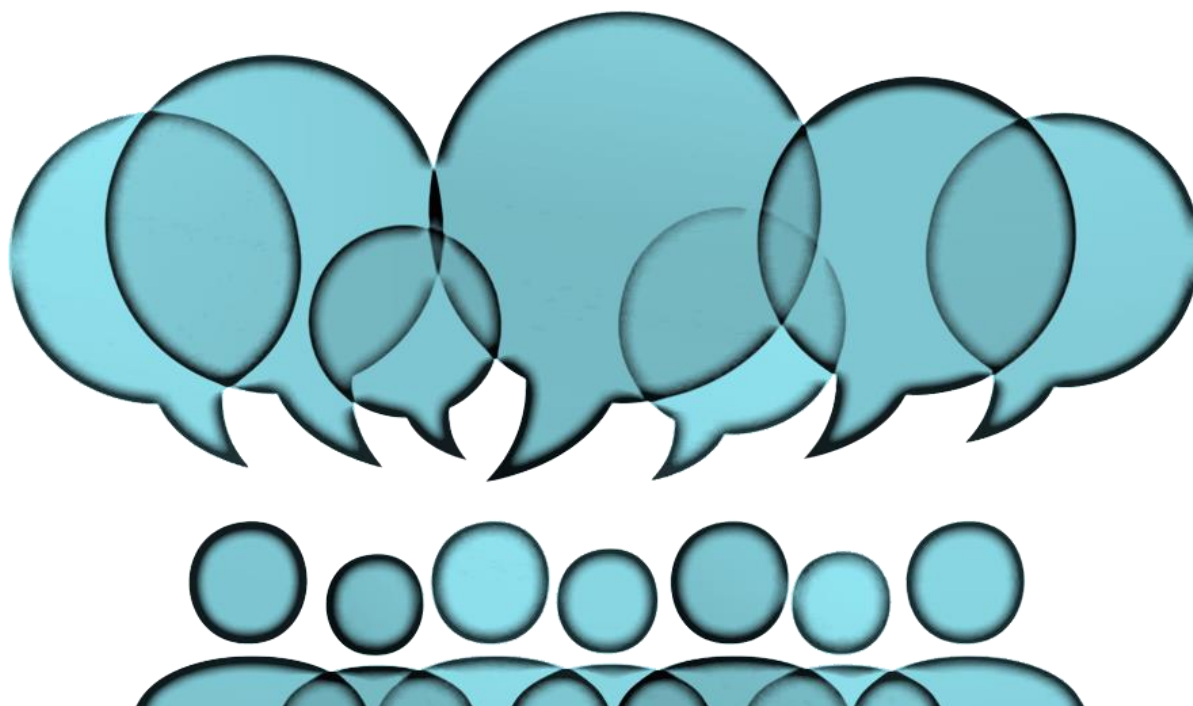
KRAM-FOREBYGGELSE I PSYKIATRIEN

ET DISKURSANALYTISK CASESTUDIE I ET TRANSLATIONSPERSPEKTIV

Line Bilgrav & Cathrine Hjorth
Gruppe 951

Vejleder: Henrik Bøggild

December 2015



Antal anslag: 239.998

SPECIALET ER UDARBEJDET I EFTERÅRET 2015

FORORD

*“When you simple have power – in potential – nothing happens
and you are powerless; when you exerts power – in actu – others
are performing the action and not you”*
(Latour, 1984, s. 264-265)

Bruno Latour beskriver et paradoks, hvor en aktør med formel magt kan være magtesløs. Dette paradoks er velkendt indenfor sundhedspolitik, og nærværende speciales omdrejningspunkt vil være en kritisk forholden til sundhedspolitikkers magt.

Specialet er udarbejdet i samarbejde med Psykiatrien i Region Nordjylland. Vi ønsker at rette en stor tak til den imødekommenhed vi blev mødt med af personale og patienter på afsnit S1 og S7. Samtidig rettes en stor tak til Jan Mainz, Søren Riemann, Nicolaj Johansson og Marianne Bonderup.

En særlig tak skal gå til vores vejleder Henrik Bøggild, der i dette speciale og undervejs i vores kandidatuddannelse har været en solid støtte, der altid har udfordret os og troet på vores ambitioner.

RESUMÉ

Introduktion: Livsstilssygdomme vurderes til at være en af de primære årsager til øget sygelighed og dødelighed blandt personer med en psykiatrisk sygdom sammenlignet med baggrundsbefolkningen. Siden 2011 har der derfor været iværksat patientrettet forebyggelse mod KRAM-risikofaktorer, men patientoplevelser tyder på, at fokus på livsstil ikke er en realitet i alle behandlingsforløb. Der synes således at være en diskrepans mellem intentionerne om forebyggelse på et ledende niveau og udførelse i klinisk praksis.

Formål: Formålet er at undersøge de sammenhænge, der har betydning for, at den forebyggende indsats ændrer form i klinisk praksis - både når den udføres og når den ikke udføres. Samtidig undersøges det, hvordan den forebyggende indsats kan forandres med henblik på at skabe sammenhæng i aktørernes forståelse.

Metode: Genstandsfeltet er undersøgt i et komparativt casestudie med to cases, hvor den forebyggende indsats, ud fra et kvantitativt perspektiv, er mere og mindre implementeret. Cases udgøres af afsnit S1 og S7 i psykiatrien i Klinik Syd i Region Nordjylland. Norman Faircloughs kritiske diskursanalyse og Richard Freemans translationsperspektiv har dannet en ramme for generering og analyse af data. Kvantitative og kvalitative metoder trianguleres. Opfyldelsen af kvalitetsmålene for to dele af den forebyggende indsats, en screeningsdel og en interventionsdel, undersøges kvantitativt. Der indgår en journalaudit med 119 journaler med patienter udskrevet i perioden 2. marts 2015 - 19. oktober 2015. Den kvalitative empiri udgøres af dokumenter udarbejdet af et ledende niveau samt fokusgruppeinterviews af personalemedlemmer. Derudover er der udført to feltobservationer på afsnittene i forbindelse med KRAM-undervisning. Den kritiske diskursanalyse har i samspil med Pierre Bourdieus begreber om kapital, habitus og doxa tydeliggjort diskursive praksisser samt ikke-diskursive praksisser og disses dialektiske forhold til den bredere sociale praksis.

Resultater: Screening var dokumenteret i hhv. 75% og 77% af udskrivelserne på S1 og S7. Hhv. 50% og 71% af udskrivelser på afsnit S1 og S7 opfylder krav for dokumenteret intervention (fravalgt inkluderet), men på S7 var den reelle udførsel 6%. Diskursanalysen viste, at aktørerne trak på en *velfærdsdiskurs*, en *systemisk diskurs*, en *individualiseringsdiskurs* og en *prioriteringsdiskurs* i deres italesættelse af den forebyggende indsats. Aktørernes kreative sprogbrug og interdiskursivitet bidrog til at forme den forebyggende indsats på begge aktørniveauer. Analysen tydeliggjorde følgende forslag til forandring af indsatsen: *Den strukturerede intervention skal ikke være en del af indlæggelsen; Der skal i stedet rettes fokus på individet gennem hverdagsinterventioner; Indsatsen for aktiv overlevering forbedres; Viden om kommunikation inddrages i produktion af dokumenter.*

Konklusion: Den forebyggende indsats blev translateret gennem personalets diskursive praksisser, hvilket tydeliggør, at en forebyggelsesindsats ikke kan implementeres som et struktureret tiltag i dens oprindelige form, men vil påvirke og påvirkes af det sociale felt, den indgår i.

ABSTRACT

Introduction: Lifestyle diseases are considered to be one of the main causes of morbidity and mortality among people with a psychiatric diseases compared to the general population. Since 2011 patient targeted prevention of lifestyle risk factors has been initiated in psychiatric hospital settings, but experiences of former inpatients suggest that the prevention is not fully introduced in all hospitalizations. Thus, there seems to be a discrepancy between the intentions among health care leaders and performance in clinical practice by health staff.

Objective: To explore the relations that are important for the health prevention initiatives change shape when it is performed or not performed in clinical practice, and how this interconnection can be changed in order to bring coherence to the agents' understanding.

Method: The field has been studied in a comparative case study with two cases where health prevention, in a quantitative perspective, has been more or less implemented. Norman Fairclough's *critical discourse analysis* and Richard Freeman's perspective of *translation* have formed a framework for the data generation and the analysis. The cases included section S1 and S7 in the psychiatric Clinic South in the North Denmark Region. Quantitative and qualitative methods were triangulated. The quantitative method includes an audit with 119 records of patients discharged in the period from March 2nd 2015 to October 19th 2015. The empirical basis for the qualitative method is documents prepared by health care leaders and focus group interviews of the health staff. Additionally, two field observations were performed. The critical discourse analysis and Pierre Bourdieu's concepts of capital, habitus and doxa clarified discursive practices and non-discursive practices and their dialectical relationship to the broad social practices.

Results: Screening among 75% and 77% of the inpatients was documented in sections S1 and S7, respectively. Intervention (including when intervention was rejected) was documented among 50% and 71% of the inpatients, respectively. In section S7 selected interventions occurred among 6%. Critical discourse analysis showed that the agents draw on a welfare discourse, a systemic discourse, an individualization discourse and a priority discourse in their articulation of health prevention. Creative use of language and interdiscursivity changed the construction of the health prevention in clinical practice. Based on the analysis the following proposals are made: The structured intervention should not be part of hospitalizations; Focus on the individual must be increased through everyday life interventions; Efforts of intersectorial collaboration must be improved and communication skills must be implemented in the production of documents.

Conclusion: The health prevention initiatives was translated through discursive practices which clarifies that preventive approaches cannot be implemented as a structured approach in its original form, but will constitute and be constituted by social structures.

INDHOLDSFORTEGNELSE

INITIERENDE PROBLEM	2
PROBLEMANALYSE	4
Øget sygelighed og dødelighed	4
Et velfærdssamfund med barrierer for opsporing og behandling	6
Forebyggende indsatser blandt indlagte	8
Region Nordjylland	10
Politikernes magt	13
Implementering	14
AFGRÆNSNING	18
PROBLEMFOMULERING	19
Begrebsafklaring	20
SPECIALETS RAMMER	23
Specialets videnskabsteoretiske referenceramme	23
DISKURSANALYSE	27
Faircloughs kritiske diskursanalyse	28
Bourdieu	31
Translation	33
Den tredimensionelle diskursmodel	34
CASESTUDIEDESIGN	37
Tilgang til fortolkning	38
Generalisering	38
Casene S1 og S7	38
Beskrivelse af casene	39
ANVENDTE METODER	42

Kvantitativ tilgang	42
Kvalitativ tilgang.....	47
Forskningsetik.....	55
Litteratursøgning.....	56
KVANTITATIV ANALYSE	59
Læsevejledning til seriediagrammer	59
KRAM-screening og intervention på afsnit S1	59
Journalaudit på afsnit S7.....	63
Diskussion af de kvantitative resultater	66
ANALYSESTRATEGI.....	69
Den diskursive konstruktion af den forebyggende indsats.....	69
ANALYSE	72
Ledende niveau	72
Klinisk niveau	78
Sammenfatning af analysen.....	91
DISKUSSION AF DEN SOCIALE PRAKSIS	94
Sammenhængen mellem intentioner og udførelse.....	94
Den psykiatriske behandling er førsteprioritet	95
Prioritering i en bredere social praksis.....	96
Implementeringen af den forebyggende indsats	97
Et evidensbaseret samfund.....	100
Opsamling.....	102
DISKUSSION AF SPECIALETS RAMMER.....	105
Relativisme og eksistens.....	105
Den kritiske diskursanalyse	106
Anvendelse af Bourdieus begreber	107

Translationsperspektivet.....	107
DISKUSSION AF CASESTUDIEDESIGN OG ANVENDTE METODER	109
Kvantitative metoder	109
Kvalitative metoder	112
Ethiske refleksioner	114
Kritisk udvælgelse og anvendelse af litteratur	115
ANALYTISK GENERALISERING AF CASESTUDIET	118
DEN FOREBYGGENDE INDSATS I ET FORANDRINGSPERSPEKTIV	120
Forandring i den sociale praksis ifølge Fairclough	120
Forslag 1: Struktureret intervention skal ikke være en del af indlæggelsen	121
Forslag 2: Fokus på individet gennem hverdagsaktiviteter	122
Forslag 3: Indsatsen for aktiv overlevering skal forbedres	123
Forslag 4: Viden om kommunikation kan inddrages i produktion af dokumenter	124
KONKLUSION.....	126
BILAGSLISTE	136

KAPITEL 1

DET INITIERENDE PROBLEM

INITIERENDE PROBLEM

Psykiatrisk sygdom kan sammenkædes med en øget forekomst af livsstilssygdomme såsom metabolisk syndrom og hjerte-karsygdomme (1,2). Eksperten indenfor sundhedsvæsenet vurderer derfor, at risikabel livsstil er én af de primære årsager til, at personer med psykiatrisk sygdom har en højere dødelighed og sygelighed end den øvrige befolkning (1-4). Derfor valgte Danske Regioner i 2011 at skærpe fokuset på livsstilen blandt personer med psykiatriske sygdomme ved at anbefale patientrettet forebyggelse af KRAM-risikofaktorerne overvægt, undervægt, rygning, alkohol og inaktivitet som en del af psykiatriske indlæggelsesforløb (3).

Intentionerne om at få livsstil i fokus synes kun at være realiseret i begrænset omfang, hvis man ser på patienternes oplevelser heraf. I de Landsdækkende Undersøgelser af Patient- og Pårørendeoplevelser i psykiatrien fra 2014 foretaget blandt tidligere indlagte svarede 38% "kun i mindre grad" eller "slet ikke" til spørgsmålet: "har personalet informeret dig om hvordan din livsstil kan påvirke din sygdom?". I 2012 var andelen 41% (5, s. 18). Endvidere havde kun 57% af patienterne i 2014 talt med personalet om problemer med deres fysiske helbred, hvilket var det samme i 2012 (5, s. 17). Svarene indikerer, at forebyggelsen ikke er en realitet i alle behandlingsforløb, selvom det fra ledende niveau er et nationalt mål, at *KRAM-screening og intervention*¹ skal indgå i alle psykiatriske behandlingsforløb (3,6,7). Der synes således at være en diskrepans mellem de intentioner, der beskrives i visionære dokumenter indenfor psykiatrien og virkeligheden i klinisk praksis.

¹ KRAM-screening indebærer screening for risikofaktorer relateret til KRAM-faktorerne kost, rygning, alkohol og motion. Interventioner omhandler aktiviteter, der har til formål at forebygge risikofaktorer primært, sekundært eller tertiært (6)

KAPITEL 2

PROBLEMANALYSE

PROBLEMANALYSE

Ønsket med dette speciale er at undersøge hvilke faktorer, der medvirker til, at udbredelsen af *KRAM-screening og intervention* i psykiatrien er begrænset. I det følgende vil en række faktorer med betydning for beslutningerne om indførelsen af *KRAM-screening og intervention* i et psykiatrisk felt blive analyseret og problematiseret for at få forståelse for intentionerne bag forebyggelsen. Opmærksomheden rettes især mod de personer, forebyggelsen retter sig mod for at identificere faktorer, der kan have betydning for deres livsstil. Fokus rettes desuden mod aktører, der er i berøring med indsatsen, herunder ledende aktører, der står bag indsatsen og kliniske aktører, der står for udførelsen af indsatsen.

Omfanget af den manglende sammenhæng mellem intentionerne og udførelsen bliver slutteligt analyseret ved at gennemgå en konkret indsats i Region Nordjylland, som ligeledes bliver introduktionen til genstandsfeltet i nærværende speciale. Afslutningsvis vil der gennem teoretiske refleksioner blive dykket ned i de potentielle årsager, der kan ligge til grund for diskrepansen mellem de politiske beslutninger og den udførende praksis. Dette vil danne basis for formuleringen af specialets problemfelt.

ØGET SYGELIGHED OG DØDELIGHED

De hyppigste psykiatriske sygdomme i Danmark er angst, depression og skizofreni, som samlet forekommer hos 270.000 borgere. Desuden diagnosticeres et højt antal årligt (8).

Det er dermed en betragtelig del af befolkningen, der ifølge ovenstående kan forvente et kortere liv sammenlignet med deres medmennesker. Ifølge nyere forskning skyldes overdødeligheden i 40% af tilfældene eksterne årsager såsom selvmord, og resten tillægges somatiske problematikker, hvor hjerte-karsygdomme, kræft, diabetes og metabolisk syndrom er hyppige dødsårsager (2,3,9). Disse sygdommes ætiologi er knyttet til livsstilsfaktorer som overvægt, rygning, alkohol og inaktivitet, men også anvendelsen af antipsykotisk medicin øger risikoen for risikofyldte tilstande såsom metabolisk syndrom og overvægt² (1,10-12). Overdødeligheden skyldes dermed ikke psykiatriske sygdomme i sig selv, men en oversygelighed grundet andre faktorer.

² Bivirkningerne ved antipsykotisk medicin varetages i sideløbende indsatser indenfor psykiatrien og er dermed ikke specialets problemfelt (3).

KRAM SOM RISIKOFAKTORER

Risikofaktorer beskrives som *forhold, der på en eller anden måde øger risikoen for sygdom, funktionsnedsættelse eller død* (13, s. 18). Risikofaktorer omfatter dermed både individuelle livsstilsfaktorer, herunder KRAM, og bagvedliggende sociale determinanter, såsom uddannelsesniveau. I KRAM-screening og intervention i psykiatrien er det således individuelle livsstilsfaktorer, der er i fokus. Forskning viser, at personer med psykiatriske sygdomme ofte har et usundt kostmønster (1,14), ofte er rygere (1,15), har et højt alkoholforbrug (16) og har et lavt fysisk aktivitetsniveau sammenlignet med personer uden en psykiatrisk sygdom (1,17).

Det erfares, at der på tværs af institutioner er forskel på, hvad der anvendes som mål for, hvornår KRAM-faktorer er risikable (6,13,18). I forebyggelsen mod KRAM-risikofaktorer i psykiatrien måles på risiciene over- eller undervægt, daglig rygning og faktorerne motion og alkoholforbrug vurderes ift. Sundhedsstyrelsens anbefalinger (18-21).

Forskning viser, at risikoen for sygdom og død stiger i baggrundsbefolkningen ved forekomst af KRAM-risikofaktorer, hvorfor det antages, at sygdom og død kan nedbringes ved KRAM-forebyggelse (22).

ØGET MIDDELLEVETID GENNEM FOREBYGGELSE

Beslutningstagerne bag den forebyggende indsats, i form af politikere og Danske Regioner, antager således, at middellevetiden blandt personer med psykiatriske sygdomme kan øges gennem livsstilsinterventioner (1,3).

Resultaterne af forskning af fysiske sundhedsgevinster i forbindelse med livsstilsinterventioner er ikke entydig, da ikke alle påviser signifikante effekter (23). Dog indikerer internationale undersøgelser, at personer med psykiatriske lidelser kan opnå vægttab og en reducere af risikofaktorer for metabolisk syndrom og kardiovaskulære lidelser ved deltagelse i livsstilsinterventioner (24,25) og således mindske den risiko, livsstil og medicinering kan medføre. Endvidere viser forskning, at der er en lang række psykiske sundhedsgevinster forbundet med fx fysisk aktivitet (1,26). Viden om de langsigtede fysiske og psykiske effekter og fastholdelse af opnåede sundhedsgevinster mangler dog (1).

Kendskab til livsstilsinterventioners betydning for dødeligheden er dermed sparsom, og grundlaget for politikernes beslutning om forebyggelse hviler således på et skrøbeligt vidensfundament.

ET VELFÆRDSSAMFUND MED BARRIERER FOR OPSPORING OG BEHANDLING

Et mål med velfærdsmodellen, som sundhedsvæsenet opererer under, er lighed i sundhed og sundhedsydelse blandt landets borgere (27). Til stadighed er omfanget af underdiagnosticering, sen opsporing og underbehandling af somatiske sygdomme fremtrædende blandt patienter med psykiatiske sygdomme (3,28). Hvilken rolle patienter og sundhedsvæsenets aktører spiller i dette, fremanalyseres i det følgende.

EN TYNGENDE SÅRBARHED

En kombination af fysiske, sociale og adfærdsmæssige udfordringer kan resultere i, at personer med en psykiatrisk sygdom kan befinde sig i en udsat position, der gør dem sårbare i visse sammenhænge (29). Denne sårbarhed er central i forståelsen for, hvorfor disse personer i større grad end den øvrige befolkning har en risikofyldt livsstil, og hvorfor denne gruppe kan have et særligt behov for støtte fra sundhedsprofessionelle, hvis de ønsker at ændre deres livsstil.

Personer med en psykiatrisk sygdom kan på lige fod med alle andre leve et trygt og indholdsrigt liv (30), men for mange påvirker den psykiatiske sygdom personernes adfærd, så den fremkommer kritikløs og ledsaget af manglende overskud, modløshed og nedsat engagement. Hverdagen præges af mangel på struktur, og det kan være svært at planlægge eller gennemføre aktiviteter (1). I tillæg hertil kan social isolation og manglende opmærksomhed på symptomer på livsstilsrelaterede sygdomme resultere i, at den enkelte kan være lang tid om at opsøge læge eller slet ikke opsøger læge (31). Dette stiller særligt høje krav til sundhedsvæsenets håndtering af personer med psykiatrisk sygdom.

Personer med psykiatrisk sygdom har generelt en lavere socioøkonomisk status i kraft af lav indkomst og højere arbejdsløshed sammenlignet med baggrundsbefolkningen. De er dermed marginaliserede socialt, hvilket kan være ressourcekrævende at håndtere. De sociale faktorer er i sig selv risikofaktorer for dårligere sundhedstilstand (2). De forskellige fysiske, sociale og adfærdsmæssige faktorer kan være selvforstærkende og gøre personerne tiltagende sårbare (29). Mange barrierer kan derfor gøre det vanskeligt at føre en sund livsstil sideløbende med tilstedeværelse af en potentielt behandlingskrævende psykiatrisk sygdom, hvilket muligvis forklarer, at personer med psykiatiske sygdomme kan have svært ved at påbegynde eller fastholde en livsstilsændring (1). Man kan stille sig kritisk for, om dette er anderledes for indlagte patienter, der forventeligt har en forværring af deres psykiatiske tilstand, og således kan være tynget af udpræget sårbarhed.

SUNDHEDSVÆSENETS ROLLE

I kraft af den danske velfærdsmodel, er Sundhedsvæsenets rolle af afgørende betydning i opsporing og behandling af risikofaktorer. Stigmatisering og manglende opmærksomhed på personernes behov kan være barrierer, der modvirker samarbejde mellem sundhedsvæsen og patient. I diskussionen om årsagerne til manglende opsporing og underbehandling peges ofte på, at der i psykiatrien udspiller sig en kultur, hvor fysiske sygdomme og symptomer ikke kommer i betragtning, da fokus er rettet mod de psykiatriske problematikker (2,31). Det tyder altså på, at forebyggelsen af KRAM-risikofaktorer står over for en kulturel magtkamp mellem aktører i det psykiatriske felt, hvor det kan antages, at aktører i den kliniske praksis har fokus på den psykiatriske problematik fremfor den somatiske, som vi, på nuværende tidspunkt, ved er et fokus på et ledende niveau længere væk fra den kliniske praksis.

SUNDHEDSSYSTEMETS STRUKTUR

Grundet opdelt specialisering i det danske sundhedsvæsen tilbydes den højst specialiserede behandling af somatisk sygdom i andre regi end det psykiatriske, fx egen læge eller somatiske afdelinger. Overgange mellem behandlere kan være problematiske, da ansvaret for patientens behandling skal overgives med risiko for, at ansvaret for patientens behandling ikke placeres. Den vigtigste udfordring for psykiatrien er, ifølge internationale og nationale eksperter, at bygge bro mellem de involverede aktører, så patienter får den optimale behandling (31-33). Forebyggelsestanken bag KRAM-screening og intervention i psykiatrien er ikke blot at forebygge primært, men også at forbedre opsporingen af somatiske problematikker i kraft af sekundær og tertiær forebyggelse under patientens indlæggelse (19). Med en stringent struktur forventes det, at der kan bygges bro mellem de forskellige aktører og afdelinger, så ansvaret for patientens somatiske problematikker varetages (3,18).

SUNDHEDSPERSONALETS ROLLE

Sundhedspersonalets indstilling til patientens behov for livsstilsændringer har angiveligt betydning for patientens succes med at gennemføre livsstilsændringer. I en metaanalyse fremgår personalets manglende tro på deltagernes evne til rygestop som en barriere, og omvendt viste personalets støtte at være motiverende faktorer i tilbud omhandlede kost, livsstil og fysisk aktivitet (1).

Personalet kan således have betydning for udførelsen af den forebyggende indsats, da de som det udførende personale er i en position, hvor deres tilgang angiveligt har betydning for

patienternes motivation. I tillæg til dette kan der være udfordringer forbundet med, at det er de ledende aktører, der udstikker rammerne for forebyggelse af KRAM-risikofaktorer, og ikke det personale, der skal indgå i interaktionen med patienterne og som har kendskab til deres situation.

FOREBYGGENDE INDSATSER BLANDT INDLAGTE

I det danske sundhedsvæsen reguleres primær, sekundær og tertiær forebyggelse bl.a. gennem Sundhedsloven og sundhedsaftaler (34). Regionernes ansvar er ifølge Sundhedslovens §119, stk. 3 at rådgive indlagte patienter om tiltag i kommunerne rettet mod en *sund levevis* (35). Modsat kommunerne er der ikke eksplicit krav om, at regioner tilbyder intervention, men blot etablerer kontakt til den kommune, der skal tilbyde intervention. Omvendt har sygehusene et ansvar for at reagere på identificerede sundhedsmæssige risikofaktorer som fx metabolisk syndrom (34). Som det uddybes i det følgende, er intervention en væsentlig del af regionernes iværksatte forebyggelse af KRAM-risikofaktorer, hvormed de påtager sig et ansvar, de senere skal overlevere til kommunen.

PAKKEFORLØB OG SIKKER PSYKIATRI

Der er udarbejdet konkrete indsatser, der skal understøtte KRAM-screening og intervention. Danske Regioner har søsat en række nationale udrednings- og behandlingspakker, kaldet *pakkeforløb*. Udover at sikre ensartet diagnostik og behandling for patienter i psykiatrien er hensigten med pakkeforløbene at systematisere screening for KRAM-risikofaktorer, metabolisk syndrom og hjerte-kar-sygdomme samt at intervenere gennem bl.a. forebyggelsessamtaler og gruppeundervisning. De enkelte regioner står for struktureringen af pakkeforløbenes KRAM-screening og intervention på de enkelte sengeafsnit (3). Pakkeforløbene er under stadig udbredelse, og derfor er det ikke alle patienter, der endnu tilbydes et pakkeforløb (36).

Danske Regioner og en række interesseorganisationer står desuden bag et nationalt kvalitetsprojekt kaldet Sikker Psykiatri³. Projektet startede 1. januar 2015 på udvalgte afdelinger fordelt over de fem regioner. Projektet bygger på en forbedringsmodel, hvor patientsikkerhedspakker afprøves på enkelte afsnit, før de indføres i praksis på andre

³ Danske Regioner, TrykFonden, Det Obelske Familiefond og Dansk Selskab for Patientsikkerhed står bag Projekt Sikker Psykiatri (18).

afdelinger. Pakkerne afstemmes med øvrige kvalitetsprojekter i psykiatrien, herunder pakkeforløbene, samt Den Danske Kvalitetsmodel. Sikker Psykiatri retter fokus mod livsstil gennem patientsikkerhedspakken *Livsstil og forebyggelse*. Sikker Psykiatri adskiller sig fra de almene forebyggende tiltag på de øvrige afsnit ved at have afsat ekstra ressourcer til løbende monitorering og kompetenceudvikling samt ved at have *aktiv overlevering*⁴ som en kerneopgave, så intervention fortsætter andetsteds efter udskrivelse, fx i hjemkommunen (18). Desuden inddrages personalet i udviklingen af arbejdsgangene i den forebyggende indsats med et ønske om at sikre, at det er muligt at gennemføre idéerne i praksis (37). Der foreligger endnu ikke evalueringer af patientsikkerhedspakken *Livsstil og forebyggelse*. Regionerne varetager således både primær, sekundær og tertiær forebyggelse af KRAM-risikofaktorer. Primær tilbydes i kraft af tiltag orienteret mod at forebygge, at risikofaktorer opstår, fx gruppeundervisning om KRAM-risikofaktorer eller information inden opstart af antipsykotisk medicin om bivirkninger i form af vægtøgning. Endvidere er hensigten med KRAM-screeningen sekundær forebyggelse i form af tidlig opsporing af risikofaktorer eller somatisk sygdom, herunder udredning og diagnostik, men også tertiær forebyggelse da målet er, at der skal interveneres ved eventuelle risikofaktorer eller somatiske sygdomme sideløbende med den psykiatriske sygdom (34).

EN PÅLAGT OPGAVE

I regionernes ansvarstagen ligger en magtstruktur, hvor de ledende aktører har legitim magt til at pålægge det kliniske personale nye opgaver i form af struktureret KRAM-screening og intervention. Den skitserede diskrepans mellem politiske intentioner og udførelsen i klinisk praksis kan forde, at der sættes spørgsmålstejn ved dette dominansforhold, da det fremgår, at det kliniske personales indstilling til indsatsen må have stor betydning for dens udfoldelse. Ovenstående indsats eksemplificerer, at der er forskel på, hvorledes opgaven videregives til personalet, da forbedringsmodellen har fokus på at inddrage det kliniske personale i udviklingen af den forebyggende indsats (37).

⁴ Begrebet aktiv overlevering tager afsæt i psykiatriens egen erkendelse af, at der er en tendens til, at ansvaret for patienten slippes ved udskrivelse og derved ikke sikres videre handling (18).

REGION NORDJYLLAND

Grundet ovenstående pakkers fragmenterede udbud og implementering er det ikke alle patienter, der på nuværende tidspunkt indgår i en konkret pakke. Dette gælder også i Region Nordjyllands Klinik Syd, men klinikken opererer under et sæt kliniske retningslinjer omhandlende *KRAM-screening og KRAM intervention for voksne*. Retningslinjerne omfavner anbefalingerne i pakkeforløbene, Regionens Administrative Sundhedsaftale og Den Danske Kvalitetsmodels standard vedrørende sundhedsfremme og forebyggelse (3). Region Nordjyllands indsatser for forebyggelsen af KRAM-risikofaktorer udgør det genstandsfelt, der behandles i nærværende speciale og vil fremover blive omtalt samlet som *den forebyggende indsats*.

DEN FOREBYGGENDE INDSATS

De psykiatriske sengeafsnit i Klinik Syd følger de kliniske retningslinjer for den forebyggende indsats. På et enkelt afsnit suppleres disse af anbefalingerne i Sikker Psykiatri, hvormed personalet her inddrages i udviklingen af den forebyggende indsats. Overordnet set består den forebyggende indsats af en screeningsdel og en interventionsdel. Screeningsdelen består af en primær screening, hvor der gennem en struktureret undersøgelse foretages målinger indenfor alle KRAM-faktorer. Klinik Syd opgør risikofaktorerne i over- eller undervægt, målt med BMI og taljemål⁵. Derudover anses daglig rygning, alkoholforbrug over Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse og mindre end 30 minutters fysisk aktivitet som risikofaktorer. En uddybning kan findes i bilag 1: *KRAM registreringsarket*. Dernæst indeholder screeningen en sekundær del, hvor der ved identificerede risikofaktorer foretages en uddybende samtale, fx en rygevanesamtale. Her tales der uddybende om patientens vaner, motivation for livsstilsændring og der diskuteres eventuel intervention. Et eksempel kan findes i bilag 2: *Journalark for rygevanesamtale*.

Interventionsdelen vedrører patienter med mindst en risikofaktor, som alle skal tilbydes information om den aktuelle livsstils potentielle påvirkning af deres psykiatriske sygdom, samt risikoen for somatisk sygdom. Der laves en plejeplan og der foretages forebyggende samtaler og/eller udleveres skriftlig information i hht. identificerede risikofaktorer ved

⁵ Sundhedsstyrelsen betegner et taljemål over 88 cm for kvinder som en risikofaktor (111), hvor Region Nordjylland sætter grænsen ved 80 cm (Bilag 1: KRAM-registreringsark). Dette speciales omtale af KRAM risikofaktorer tager afsæt i Region Nordjyllands definitioner.

patienten. Det anbefales i de kliniske retningslinjer, at de forebyggende samtaler bygger på metoden *Den motiverende samtale* (19).

Sidste del af indsatsen er aktiv overlevering, hvor der ved behov og ønske fra patienten etableres kontakt mellem patient og anden indsats, evt. i hjemkommunen⁶.

JOURNALAUDITS AF DEN FOREBYGGENDE INDSATS

Som en del af akkrediteringen i hht. Den Danske Kvalitetsmodel foretager Psykiatrien to gange årligt journalaudits, der undersøger sengeafsnitenes opnåelse af to kvalitetskriterier vedtaget for indsatsens to dele (38). Kvalitetsmålet for screeningsdelen er, at der skal foreligge dokumentation på fuld KRAM-screening hos 90% af de indlagte, og målet for interventionsdelen er, at 80% af de indlagte med en identificeret KRAM-risikofaktor, en såkaldt bidiagnose, modtager en intervention eller tilbud herom (39).

Den seneste måling er fra oktober 2014⁷. Journalauditten er udført på en tilfældigt udvalgt stikprøve af samlet 20 journaler fra alle afsnit i Klinik Syd (38). Alle journaler er færdigregistrerede journaler på udskevne patienter med en indlæggelsestid på min. syv dage. Resultaterne i tabel 1 indikerer, at der på daværende tidspunkt ikke blev foretaget de anbefalede KRAM-screeninger. Det ses også, at interventionen ikke når kvalitetsmålene på tre ud af fire specialer.

⁶ Grundet specialets begrænsninger indgår denne del af indsatsen ikke i undersøgelsen. Det vurderes, at de forudgående dele af indsatsen bør analyseres først.

⁷ Specialet Psykose-sygdomme blev i 2015 en del af Sikker Psykiatri, som ikke arbejder ud fra de samme kvalitetsmål. Indsatsen måles ved anvendelse af indikatorer, som er fastlagt på 95% for begge trin (76).

Table 1 Journalaudit fra oktober 2014 med opgørelse over opfyldelsen af kvalitetsmålene for den forebyggende indsats på Klinik Syds fire specialer. Andele fremgår som (journaler der opfylder krav/stikprøvens størrelse) og procent (%) med 95% konfidensintervaller (CI)

	Psykose-sygdomme	Akut psykiatri	Mani og depression	Rets-psykiatri	Klinik Syd samlet
Screeningsdel: Er der dokumentation for fuld KRAM-screening? Kvalitetsmål 90%	5/6 83% CI=42;99	1/6 17% CI=1;52	2/4 50% CI=15;85	2/4 50% CI=15;85	10/20 50% CI=30;70
Interventionsdel: Er der igangsat interventioner på baggrund af fundne risiko ved KRAM-screening? Kvalitetsmål 80%	6/6 100% CI=56;100	0/6 0% CI=0;44	1/4 25% CI=3;71	2/4 50% CI=15;85	9/20 45% CI=26-66

Opgørelsen viser andelen af journaler, der opfyldte kravene til den forebyggende indsats samlet for Klinik Syd og indenfor hvert speciale. Specialerne består af to eller tre sengeafsnit, hvor hvert afsnit bidrager med to journaler til stikprøven. Kriterier for opfyldt screeningsdel er dokumentation for screening af alle KRAM-risikofaktorer. Interventionsdel er opfyldt ved dokumenteret intervention. En journal kan opfylde interventionsdelen uden at opfylde screeningsdelen. Hvis der fx er identificeret overvægt og intervenseret herfor, men ikke screenet for enten rygning, alkohol eller inaktivitet, så opfylder journalen ikke screeningsdelen, men interventionsdelen.

Konfidensintervallerne er beregnet til dette speciale⁸, og er dermed ikke en del af Klinik Syds journalaudits. Konfidensintervallernes bredde viser, at opgørelsen er behæftet med en stor usikkerhed grundet stikprøvens størrelse. Det kan derfor ikke afvises, at variation i opgørelsen er tilfældig. Desuden kan registreringsfejl være mulig årsag til, at tallene ikke er repræsentative for den kliniske praksis, men dokumentation af indsatsen er en struktureret del af den forebyggende indsats og det kan derfor konkluderes, at intentionerne med den forebyggende indsats ikke opfyldes. Årsagerne hertil kan udover dokumentationsbrist være reel manglende udførelse i praksis, hvilket patienternes oplevelser indikerede i et vist omfang. Den potentielt manglende udførelse kan være knyttet til faktorer relateret til personalets praksis eller at patienterne fravælger indsatsen.

Ifølge tabellen er specialet *Psykosesygdomme* det afsnit, hvor der er mindst diskrepans mellem intentionerne og den udførende kliniske praksis. Omvendt er specialet *Akut psykiatri* længst fra kvalitetsmålene, efterfulgt af specialet *Mani og depression*. De akutte og retspsykiatriske afsnit er ekskluderet for videre analyse i dette speciale, hvilket uddybes i

⁸ Hertil blev der anvendt open-source softwareportalen OpenEpi (112).

specialets metodeafsnit. Afsnit fra specialerne *Psykosesygdomme* og *Mani og depression* vil således udgøre de to cases, der i specialet vil være genstand for analyse.

Den Danske Kvalitetsmodel er på nuværende tidspunkt sat ud af drift på offentlige sygehuse, da der arbejdes mod en version 2, der forventes at træde i kraft i foråret 2016. Der foretages derfor ikke akkreditering i denne periode, hvilket har medført, at der (40) ikke er foretaget journalaudit i 2015 i Klinik Syd (38). Om opfyldelsen af kvalitetsmålene er forbedret vides derfor ikke, men på baggrund af registreringer af bidiagnoser og interventioner i det Patient Administrative System (PAS), udleveret til dette speciale, er der foretaget en statistisk analyse, der vidner om, at man endnu i 2015 er langt fra at nå målene. Eksempelvis fremgik det af registreringerne, at der indenfor de to specialer højest var 38% af patienterne med en identificeret KRAM-risikofaktor, der havde modtaget en intervention. Analysen kan findes i bilag 3: *PAS-analyse*⁹.

POLITIKERNES MAGT

Der kan argumenteres for, at sundhedspolitiske beslutninger som oftest søger at styre aktører, her i form af såvel sundhedspersonale og patienter, ift. det, der er normativt i et politisk perspektiv. Men politiske perspektiver på sundhed kan være divergerende og endda modsatrettede diskurser¹⁰ (41). Fx kan spørgsmål om KRAM-forebyggelse i et psykiatrisk felt kritisk anskues som værende en prioritering i kraft af velfærdsstaten og ikke nødvendigvis en prioritet ved patienter og personale på psykiatriske afdelinger.

Set fra et folkesundhedsvidenskabeligt perspektiv har sundhedspolitik i vid udstrækning haft en effekt på den sociale ulighed i sundhed. Det er derfor af betydning hvilken evidens, hvilke interventioner og faggrupper, de styrende organer anser som legitime. Ikke mindst er det af betydning, hvorledes sundhed opfattes og hvad der legitimeres som normalt. Politikerne kan dermed styre, hvem der er de "unormale" og hvem der skal behandle dem, hvormed de skrevne politikker og lovgivninger er kendetegnet ved en stærk magtposition (41). Politikere og ledere er i kraft af deres magtposition dem, der konstruerer det, de ideologisk ønsker at undgå og forebygge (41) Således er KRAM-faktorerne et eksempel på en sundhedspolitisk konstruktion. Staten udpeger risikofaktorer og konstruerer måleenheder, som fx BMI, og laver indsatser, hvor professionelle skal varetage det "unormale". I det givne tilfælde kan det

⁹ Analysen indgår ikke i besvarelsen af specialets problemstilling, da den kun blev anvendt til at skabe et umiddelbart overblik over indsatsens udførelse. Der blev i stedet udført analyser af højere kvalitet.

¹⁰ Der er ikke enighed om, hvad begrebet diskurs indeholder, men diskurs beskrives overordnet af Jørgensen & Phillips (51) som "*en bestemt måde at tale om og forstå verden (eller et udsnit af den) på*" (51, s. 9).

problematiseres, at politikere har besluttet, at KRAM-risikofaktorer er uønsket, da det som beskrevet ikke er eneste årsag til den høje sygelighed og dødelighed blandt patienterne. Endvidere kan det anfægtes, at man med KRAM i psykiatrien fremhæver noget "unormalt", der bør forbedres ved allerede sårbare personer.

Med sundhedspolitik følger dermed unægteligt en grad af fundamentalisme, da der gennem en bestemt vidensopfattelse ønskes en styring af patienternes sundhed. Med de kliniske retningslinjer kan man kritisk anfægte, at politikere og ledere hermed pålægger de sundhedsprofessionelle en vis kultur. Som vi så tidligere, er det kun på projektbasis på enkelte afsnit, at personalet inddrages i de magtfulde beslutninger. Det kan således antages, at der kan udspille sig magtkampe mellem ledende aktører og personalet i klinisk praksis, såfremt personalet i højere grad anser psykiatriske problemstillinger som en del af patienternes sundhed.

IMPLEMENTERING

Det står klart, at der fra politisk og ledende niveau hersker en normativ forventning om, at KRAM-forebyggelse og intervention udføres på klinisk niveau, da der stilles konkrete kvalitetsmål for indsatserne. Nationalt og regionalt er det dog sparsomt med evalueringer af tiltag, der fokuserer på personalets modtagelse og udførelse af indsatserne vedrørende forebyggelse af KRAM-risikofaktorer i psykiatrien (7,19,37,38). Nationale evalueringer tyder på, at ovenstående diskrepans i udførelsen af den forebyggende indsats i Klinik Syd er repræsentativ for en national problematik. Eksempelvis viser en slutevaluering på satspuljeprojekt på Odense Universitetshospital, at kun halvdelen af patienterne med en psykiatrisk sygdom blev screenet for metabolisk syndrom (42).

Årsagerne til diskrepansen mellem ledelsens intentioner med indsatsen og dens udførelse i praksis er ukendt. For at diskrepansen kan mindskes må man interessere sig for hvilke faktorer, der er af betydning for aktørernes syn på den forebyggende indsats.

IMPLEMENTERING SOM ET SOCIALT FÆNOMEN

Professor i samfundsvidenskab og offentlig politik Richard Freeman (43) advokerer for, at forståelse for manglende implementering af politikker kan søges gennem indsigt i de overgange, politikkerne passerer fra de produceres til de modtages, i dette tilfælde ude i den kliniske praksis:

“To understand implementation, then, which we might think of as the realisation of documents in practice, we need to understand what happens in the spaces between them. How is one document translated into another, by whom and what for? How is one document articulated with and in another? Even to begin to answer such questions, we need to know how documents are written and read, produced and received”

(43, s. 162)

Freeman anvender begrebet *translation* om den proces, hvor den oprindelige form af en politik gradvist ændres forud for og under dens udførelse i praksis. Implementering er således evolutionær forstået på den måde, at den oprindelige politik vil ændre form undervejs og reformuleres, når den bevæger sig gennem de involverede aktører og kontekster fx indenfor organisationens forskellige niveauer (44). Freeman ser derfor translation som et socialt fænomen.

Med translationsbegrebet advokeres der for, at en forståelse af implementering skal søges gennem indsigt i de sociale interaktioner, politikkerne indgår i med feltets aktører. De forskellige aktører vil have forskellige mål og interesser og dermed forskellige forståelser for indsatsen, og som illustreret i ovenstående citat, starter enhver forståelse gennem indsigt i, hvordan teksterne produceres og modtages. Nærværende speciale omhandler ikke en dybdegående analyse af en politiks vandring fra skrivebord til klinisk praksis, men det translatoriske perspektiv vil bistå specialets teoretiske udgangspunkt, kritisk diskursanalyse, som beskrevet af professor i lingvistik Norman Fairclough (45). En del af Faircloughs fokus er analyse af de *diskursive praksisser*, forstået som de sproglige begivenheder, hvormed tekst produceres og konsumeres, og det er ifølge Freeman her, at man skal begynde for at øge forståelsen af implementeringsprocesser.

Analyse af feltets aktørers italesættelser af et givent genstandsfelt kan ifølge Fairclough bidrage til forståelse for, hvordan disse er med til at reproducere eller forandre diskursive praksisser indenfor feltet:

“Because what drives critical discourse analysis is the aim of changing existing societies for the better, and to do that we need a good understanding of them, including how discourse figures within them”

(45, s. 6)

Aktører med relation til feltet i dette speciale er de ledere indenfor psykiatrien, der har produceret retningslinjerne for den forebyggende indsats og det kliniske personale på sengeafsnittene, der forventes at udføre indsatsen.

I translationsperspektivet advokeres for, at feltets aktører bidrager til produktionen af tekster og endvidere, at modtagelsen af teksterne konstituerer reproduktionen af dem og deres udførelse i social praksis. Dette er i tråd med Faircloughs dialektiske tænkning, hvor diskurser, fx italesættelser vedrørende den forebyggende indsats, former, men også formes af andre sociale strukturer, fx feltets aktører og samfundet (46).

Med andre ord medieres forbindelsen mellem politikker og social praksis af diskursiv praksis. For nærværende speciale betyder det, at det antages, at aktørernes italesættelser omkring den forebyggende indsats kan have betydning for, hvorledes indsatsen i klinisk praksis udmønter sig, og omvendt vil klinisk praksis og andre sociale dimensioner have betydning for italesættelsen af den forebyggende indsats. Det er med afsæt i deres fælles anskuelse af, at forståelsen og produktionen af tekster er forbundet med bagvedliggende sociale strukturer, at Freeman og Faircloughs tilgange anses som værende komplementære i nærværende speciale.

KAPITEL 3

AFGRÆNSNING OG PROBLEMFORMULERING

AFGRÆNSNING

I specialet tages der afsæt i den forebyggende indsats i Region Nordjyllands Klinik Syd, hvor det ud fra journalauditten ses, at de ledende aktørers intentioner og mål med indsatsen ikke stemmer overens med de kliniske aktørers udførelse af indsatsen. Gennem to cases, afsnit S1 og S7, vil faktorer med central betydning for denne diskrepans mellem feltets aktører, og dermed deres forståelser¹¹ for den forebyggende indsats, blive undersøgt.

En stor del af personalets registreringer er endnu ikke anvendt i analyser af implementeringsprocessen bag den forebyggende indsats. Registreringerne vil indgå i dette speciale for at undersøge i hvilket omfang KRAM-screening og intervention tilbydes til de indlagte patienter i 2015.

Ovenstående teoretiske perspektiv argumenterer for en videre diskursanalytisk undersøgelse af de forskellige italesættelser, der udspiller sig blandt feltets aktører. I en kritisk diskursanalyse vil det blive undersøgt, hvordan italesættelser reproducerer og forandrer den forebyggende indsats, herunder den translation, der forventeligt sker på tværs af feltets aktører. I analysen inddrages viden om sociale relationer indenfor feltet, fx magtforhold mellem ledere og klinisk personale. Kritisk diskursanalyse kan, ifølge Fairclough, ikke i sig selv føre til forandring af praksis, men *forståelsen* for de diskursive praksisser indenfor den forebyggende indsats og deres samspil med andre sociale praksisser kan bidrage til bevidsthed om mulighederne herfor (47). Ved at inkludere teori og videnskabelige studier vil der slutteligt stilles konkrete forslag til, hvorledes den forebyggende indsats kan forandres, så der skabes sammenhæng mellem feltets aktørers forståelser for den forebyggende indsats.

¹¹ Forståelser omhandler i dette speciale aktørernes formål med samt oplevelser og prioritering af den forebyggende indsats.

PROBLEMFORMULERING

Specialets problemformulering består af to hovedspørgsmål, hvor det første vil blive besvaret på baggrund af både kvantitative og kvalitative delspørgsmål.

Hvilken sammenhæng er der mellem ledende aktørers beskrivelse af den forebyggende indsats og den forebyggende indsats i klinisk praksis på udvalgte psykiatriske afsnit i Klinik Syd?

Dette ønskes besvaret gennem to delspørgsmål:

Den kvantitative undersøgelse vil besvare delspørgsmålet:

- *I hvilket omfang opfylder afsnittene ledelsens kvalitetsmål for den forebyggende indsats?*

Den kvalitative undersøgelse vil besvare delspørgsmålet:

- *Hvilken sammenhæng er der mellem ledernes italesættelser af den forebyggende indsats og det kliniske personales italesættelser af den forebyggende indsats?*

Hvorledes kan den forebyggende indsats forandres, så der skabes sammenhæng i feltets aktørers forståelser for denne?

BEGREBSAFKLARING

SAMMENHÆNG

Sammenhæng, eller mangel på sammenhæng, i aktørernes konstruktion af den forebyggende indsats undersøges gennem de forskellige diskurser, som aktørerne trækker på i dokumenterne og interviews. Det vil desuden blive undersøgt, om der er en kvantitativ sammenhæng, ift. om der registreres den mængde screeninger og interventioner, der efterspørges af lederne.

DEN FOREBYGGENDE INDSATS

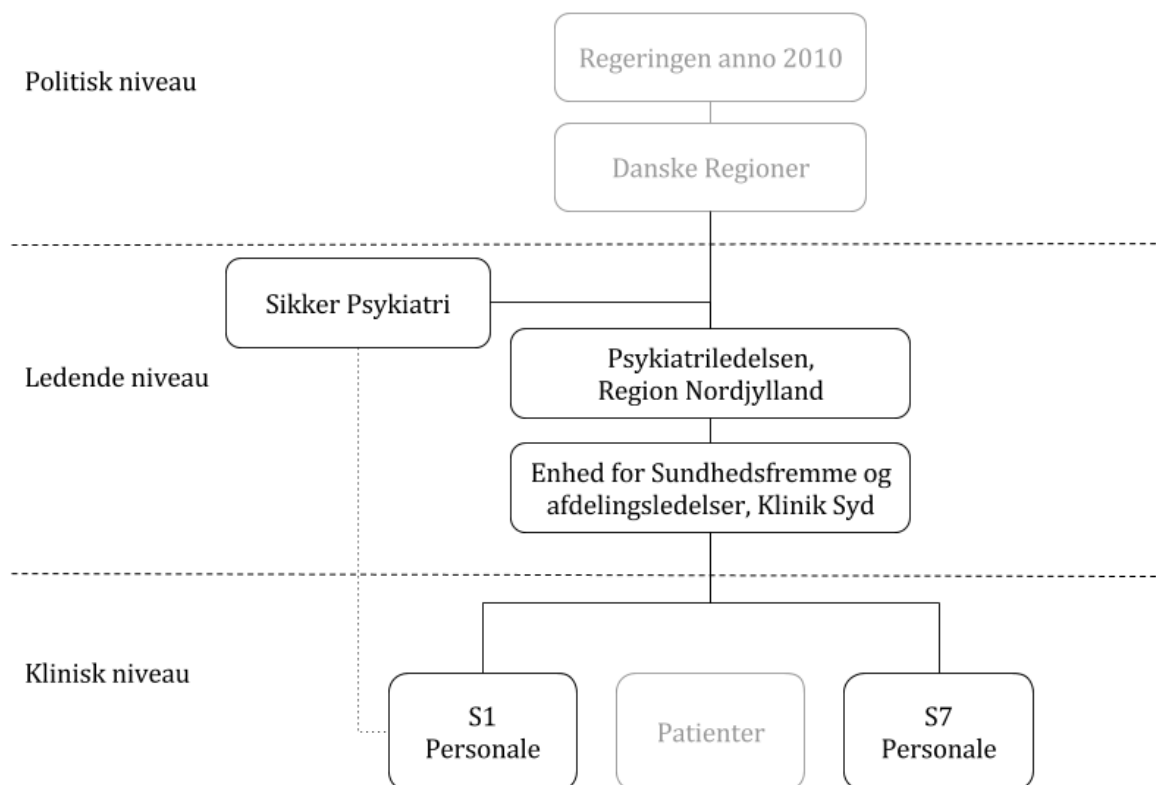
Den forebyggende indsats dækker i nærværende speciale over Region Nordjyllands forebyggende indsats "KRAM-screening og intervention for voksne" med primær fokus på screenings- og interventionsdelen blandt indlagte patienter.

Den forebyggende indsats anses som analysens genstandsfelt, og aktører relateret til enten beskrivelsen af indsatsen eller udførelse af indsatsen på de to udvalgte sengeafsnit vil således være en del af dette felt.

FELTETS AKTØRER

I undersøgelsen fokuseres på to af feltets aktørniveauer; det ledende niveau og klinisk niveau. Niveauerne befinder sig under et lovgivende, politisk niveau, der udstikker lovgivning og de formelle krav, der stilles til psykiatrien. Det politiske niveau er ikke direkte genstand for analyse, men præsenteres, da det har betydning for de øvrige niveauer og omvendt. I niveauet indgår Danske Regioner, da deres vedtægter anses som sundhedspolitiske beslutninger. Det er således på det politiske niveau, politikker og nationale pakker beskrives. Niveauerne skildres i figur 1 på næste side.

Figur 1 Feltets aktører inddelt i niveauer



Der er tale om "Regeringen anno 2010", da det var under denne socialdemokratiske regering, at de aktuelt gældende dokumenter på dette niveau blev produceret.

De ledende aktører har ansvar for at omsætte de politiske vedtagelser på regionalt niveau. Sikker Psykiatri placeres på niveauet, da projektet omhandler udførelse af de sundhedspolitiske visioner, der fremgår fra aktørerne på det politiske niveau. Der er således tale om det niveau, der producerer de kliniske retningslinjer, konkrete projekter og lokale handleplaner, der angiver hvordan forebyggelse af KRAM risikofaktorer skal udføres i klinisk praksis.

Det kliniske niveau repræsenterer sundhedspersonerne, som skal udføre den forebyggende indsats i praksis. Dette vil således være plejepersonalet på sengeafsnittene, da det er dem der står for både screening og intervention.

Patienter er naturligvis væsentlige for den forebyggende indsats udførelse, men inddrages ikke som direkte genstand for analyse, med den overbevisning, at det ikke bidrager til besvarelsen af specialets problemformulering der fokuserer mere på forholdet mellem det ledende niveau og det kliniske.

KAPITEL 4

SPECIALETS RAMMER

SPECIALETS RAMMER

Specialets rammer præsenteres gennem fire gensidigt afhængige niveauer. I dette kapitel præsenteres det højeste abstraktionsniveau, nemlig *specialets videnskabsteoretiske referenceramme*, herunder den ontologi og epistemologi, diskursanalyse udspringer fra. Dernæst følger en uddybet indføring i Faircloughs kritiske diskursanalyse samt specialets øvrige teoretiske rammer. I efterfølgende kapitler følger en præsentation af undersøgelsens metodologi opdelt i *diskursanalyse, casestudiedesign og metoder*. Niveauerne anses som gensidigt afhængige, og bevidstheden herom er essentiel for at skabe sammenhæng i forskningsprocessen (48,49). I forlængelse af dette placeres indføringen til den kritiske diskursanalyse før de egentlige metoder, da tilgangen ikke anses som en ren analysemetode, men både som en teori og en metode, der danner en ramme om hele forskningsprocessen (45).

SPECIALETS VIDENSKABSTEORETISKE REFERENCERAMME

Problemfeltet anskues ud fra en et folkesundhedsperspektiv, der er kendetegnet som værende en flervidenskabelig disciplin, hvilket i nærværende speciale afspejles ved inddragelse af teorier og metoder fra både samfunds-, human- og sundhedsvidenskaberne. Hertil er kritisk diskursanalyse særligt valgt, da tilgangen er transdisciplinær og kan anvendes bredt indenfor videnskaberne (45).

Med valget af den kritiske diskursanalyse positionerer specialet sig indenfor det socialkonstruktionismen, der funderes på en ontologisk erkendelse af viden som socialt konstrueret og dermed resultater af kontekstafhængige, sociale interaktioner og forhandlinger (48).

Socialkonstruktionismen dækker over talrige tilgange, hvorfor Vivien Burr (50) fremlægger fire præmisser, der gør det muligt at samle disse. Præmisserne repræsenterer en række epistemologiske antagelser, der ligeledes gør sig gældende for diskursanalysen. Første præmis er "*En kritisk indstilling overfor selvfølgelig viden*" og dækker over antagelsen om, at viden ikke umiddelbart er en objektiv sandhed, men i stedet er et produkt af, hvordan vi hver især kategoriserer verden. Anden præmis er "*Historisk og kulturel specificitet*". Vores erkendelse af verden er kontingent ved, at måden, vi kategoriserer den på, er historisk og kulturel betinget. Således kunne den sociale verden have været anderledes, og den kan dermed forandres over tid, hvilket er essentielt for dette speciales sigte om at iagttage forandringsmulighederne. Historiske og kulturelle betingelser vil have betydning for,

hvorledes dokumenterne bag den forebyggende indsats er produceret, og hvorledes disse translateres af feltets aktører. *“Sammenhæng mellem viden og sociale processer”* repræsenterer antagelsen om, at sociale interaktioner udgør den arena, hvori vores viden om verden opstår og opretholdes. Diskursers kamp om sandheden foregår således indenfor disse sociale interaktioner, hvoraf fælles sandheder opbygges (51). Det er netop opbygningen af disse sandheder om aktørernes forståelse for den forebyggende indsats, der afdækkes gennem nærværende diskursanalyse. Fjerde præmis: *“Sammenhæng mellem viden og social handling”* handler om, at bestemte erkendelser fører til bestemte handlinger (50). Dermed vil der være konsekvenser af bestemte sociale konstruktioner af viden og sandhed (51). Forskellige forståelser af den forebyggende indsats indenfor feltet kan dermed anses som værende produkter af sociale praksisser relateret til de positioner, de enkelte aktører ser verden fra.

INKLUSION AF KVANTITATIV METODE

Foruden den kritiske diskursanalyse af den kvalitative empiri foretages en statistisk analyse på baggrund af kvantitative data. Den kvantitative forskningstradition er kendetegnet ved dens forankring i positivismen og distancerer sig således væsentligt fra socialkonstruktionismen og dette speciales ontologiske og epistemologiske antagelser (52). Gergen argumenterer hertil for, at socialkonstruktionister med fordel kan inddrage kvantitative metoder i deres forskning. Det er ikke de empiriske metoder, der konflikter med socialkonstruktionismen, men det er snarere universelle antagelser om sandhed, der som oftest medfølger. Kvantitative analyser vil på lige vis som det kvantitative være sociale konstruktioner. Gergen fremhæver, at især politiske aktører kan have gavn af kvantitative forudsigelser eller beskrivelser. De statistiske metoder kan synliggøre et behov for, og ikke mindst skabe nysgerrighed for dybere kvalitative undersøgelser (53). I specialet vil resultater udledt af de kvantitative data ikke tolkes som en objektiv sandhed, men skildre, hvor der kan være behov for videre kritisk undersøgelse af feltet.

FORSKERENS ROLLE

Med specialets positionering følger en antagelse om, at sandheder skabes af diskurser, som man som undersøger selv er tæt på og i et felt, man bliver en del af (50,51). Gennem en transparent forskningsproces og indblik i forskerens perspektiver, herunder vores egne relationer til genstandsfeltet, kan specialets læsere stille sig kritiske overfor den givne

repræsentation af virkeligheden og vurdere denne ud fra egne perspektiver (50,51). Ikke mindst kan forskeren selv anvende bevidstheden om sin egen forforståelse til at forholde sig kritisk over for den viden, der opstår under forskningsprocessen.

Som sundhedsprofessionelle og som forskere tager vi personligt udgangspunkt i et åbent sundhedsbegreb, hvor individets autonomi respekteres ift., hvad den enkelte opfatter som det gode liv (54). Denne position kommer til udtryk ved, at vi indtræder i rollen som forskere uden at have en fundamentalistisk tilgang eller normativ holdning til udførelsen af den forebyggende indsats. Vores sundhedsfaglige identitet vil dog kunne udspille sig i forskningsprocessen, hvorfor egne forforståelser sættes i spil gennem den løbende fortolkning. Vores uddannelse i Folkesundhedsvidenskab bidrager til, at vi trækker på en sundhedsdiskurs konstitueret af tværdisciplinær viden og dermed har en grundlæggende kritisk tilgang til forebyggelse. Med baggrunde som professionsbachelor i hhv. fysioterapi og ernæring og sundhed har vi omvendt en erhvervs erfaring, hvormed vi som undersøgere træder ind i et genstandsfelt, hvis diskurser vi til en vis grad kan relatere til og uanfægtet sætter i relation. Dette kan bidrage til, at vi beskuer den forebyggende indsats fra klinikernes perspektiv. Derfor indgår forforståelsen som gennemgående refleksionspunkt i forskningsprocessen.

Et andet centralt opmærksomhedspunkt er vores roller som forskere, og hvordan vi undersøger diskurser, som vi antager, at vi selv er med til at konstruere i kraft af vores medvirken i feltet. Som forskere anskuer vi virkeligheden ud fra en subjektposition, hvormed der ikke kan siges noget objektivt om virkeligheden (50,53). Her er det altafgørende at holde socialkonstruktionismens grundlæggende antagelse in mente, idet vished om erkendelsesinteressen ligger i at se nye sammenhænge i genstandsfeltet. Undersøgelsen rummer således ikke den eneste sande udlægning af virkeligheden, hvorfor vi stiller os kritiske overfor, hvordan vores viden er skabt. Det er centralt for undersøgelsens kvalitet, at vi gør os bevidste om, at vi tillægger denne et perspektiv, og at den producerede viden er et produkt af, hvad vi som forskere finder relevant og meningsfuldt i den givne kontekst (55).

Forståelsen for genstandsfeltet vil dermed være betinget af forskerens forforståelse, hvorfor egne positioneringer og forforståelser for genstandsfeltet løbende vil blive fremstillet og inddraget som genstand for fortolkningen i nærværende speciale (45,48,56).

KAPITEL 5

SPECIALETS
METHODOLOGISKE OG
TEORETISKE RAMMER

DISKURSANALYSE

Som præsenteret i problemanalysen tager dette speciale afsæt i Faircloughs kritiske diskursanalyse. Forud for en nærmere præsentation af denne introduceres diskursanalysens generelle teoretiske placering. Dette vil fordre en forståelse for udvælgelsen af netop den kritiske diskursanalyse frem for andre tilgange og fremhæve dens særlige bidrag til belysning af problemstillingen.

Jørgensen & Phillips karakteriserer diskursanalysen som værende et perspektiv, hvormed verden anskues, og således en metodologi, der former hele forskningsprocessen (51). Metodologien dækker over en række tilgange, hvoraf *kritisk diskursanalyse*, *diskursteori* og *diskurspsykologi* fremhæves af Jørgensen & Phillips som de tre almene¹². De tre tilgange har fæste i socialkonstruktionismen og poststrukturalismen. Dette fremtræder i deres ontologiske og epistemologiske præmis, i den forstand at virkeligheden skabes gennem vores italesættelser af den og ordene tillægges betydning ud fra de sammenhænge, de anvendes i. Virkeligheden er således et produkt af vores tale og den position, vi taler ud fra (51,55). De tre tilgange deler dermed en kritisk tilgang til viden om verden og anskuer ikke denne som en objektiv sandhed.

De tre tilgange hviler dermed på Michel Foucaults opfattelse af sandheden, som værende en diskursiv konstruktion. Tilgangene bryder dog med Foucaults monolitiske syn på diskurser og erstattes af et syn, hvor flere forskellige diskurser eksisterer sideløbende indenfor et socialt felt, hvor de kæmper om at opnå hegemonisk herredømme og dermed fastlåse sproget i den betydning, netop de tillægger det (51).

Endvidere er Foucaults oprindelige magtanalytik grundlæggende for de tre tilgange. Magt er spredt over forskellige sociale praksisser og produktiv i den forstand, at den konstruerer diskurser, subjekter, viden og relationer og bliver dermed en mulighedsbetingelse for det sociale. Magt er også begrænsende for det sociale, da den er med til at definere grænsen for, hvad der kan siges og ikke siges. Tilgangene har en fælles målsætning om at udforske og kortlægge magtrelationer med henblik på at opnå bevidsthed om magtrelationernes kontingens og mulighederne for social forandring (51)

¹² Jørgensen & Phillips tager udgangspunkt i Norman Faircloughs kritiske diskursanalyse, Ernesto Laclau & Chantal Mouffes diskursteori og Jonathan Potter & Margareth Wetherells diskurspsykologi (51).

De tre tilgange adskiller sig fra hinanden i deres socialkonstruktionistiske betragtninger, da opfattelser om diskursens rolle i konstruktionen af verden divergerer på tværs af tilgangene i samordning med graden af poststrukturalismens position. I Fairclough's kritiske diskursanalyse står diskurs og sociale strukturer i et dialektisk forhold. Diskurser former og omformer ikke blot sociale strukturer, men formes også af disse. I diskursteorien anses diskurs mere poststrukturalistisk i den forstand, at diskurs anses som fuldt konstituerende for det sociale, og analysen fokuserer på diskurser på et abstrakt plan. Diskurspsykologien positionerer sig mellem kritisk diskursanalyse og diskursteori med fokus på, hvordan diskurser udfolder sig i social interaktion (57).

Den kritiske diskursanalyse er således valgt som metodologisk ramme, da denne analyserer en konkret tekst, der sættes i relation til en bredere social praksis i et tværfagligt perspektiv (51). På den måde er det muligt at undersøge den forebyggende indsats med empirisk materiale og sætte dette i relation til den bredere samfundsmæssige kontekst, som den forebyggende indsats indgår i. Fairclough fremhæver, at hans tilgang er særlig anvendelig i studiet af social forandring og at forståelsen for et socialt felt med fordel kan tage udgangspunkt i feltets diskursive og ikke-dikursive praksisser (45).

FAIRCLOUGHS KRITISKE DISKURSANALYSE

Faircloughs tilgang har forandret sig gennem hans forfatterskab. For at imødekomme den metodologiske udvikling tages der udgangspunkt i hans nyeste værk *Language and Power* fra 2015 (45). Der suppleres med Marianne Winther Jørgensen & Louise Phillips indføring til den kritiske diskursanalyse (51), da der heri reflekteres over Faircloughs udvikling.

Kritisk diskursanalyse er en tekstorienteret tilgang, hvor lingvistisk orienteret tekstanalyse kombineres med mikro- og makrosociologiske principper (51). Sammenføringen giver analysen et tværfagligt perspektiv, hvor tekstanalyse og social analyse forenes gennem inddragelse af samfundsmæssige, kulturelle processer og strukturer. Det dialektiske forhold mellem diskurserne og disse sociale processer og strukturer er en af de væsentligste aspekter ved Faircloughs tilgang.

Det *kritiske* i diskursanalysen hviler på et ønske om at afsløre, hvorledes diskursive praksisser er med til at opretholde ulige magtrelationer, og dermed undertrykkelse af sociale grupper. Med den kritiske diskursanalyse søges dermed en forståelse for og forklaring på, hvorfor diskurser i den sociale verden er på en given måde (51) og modsætningerne mellem

det, der siges at være og det, der reelt er. Det kritiske aspekt er essentielt for at kunne afdække diskrepansen mellem intentioner i dokumenter og den reelle udførelse i praksis. Dette ved at analysere diskursernes magt gennem aktørernes italesættelser af den forebyggende indsats. Den kritiske diskursanalyse kan ikke i sig selv føre til forandring, men kan afdække mulighederne for forandring på baggrund af en analyse af de hegemoniske magtkampe, der udspiller sig i forståelsen af den forebyggende indsats.

Bag Faircloughs tilgang ligger en række præmisser og et omfattende begrebsapparat, hvortil Fairclough påpeger, at kritisk diskursanalyse tillader, at man vælger elementer af tilgangen ud (45,51). Specialets udvalgte begrebsapparat beskrives i det følgende og de mere konkrete analytiske værktøjer uddybes i kapitel 7.

SPROGET SOM SOCIAL PRAKSIS

Fairclough beskriver diskurs som *sprog som social praksis* (45, s. 51, egen oversættelse) og mere konkret som *en måde at tale på, der giver betydning til oplevelser ud fra et bestemt perspektiv* (51, s. 79). Dette kan fx være aktørernes italesættelse af den forebyggende indsats ud fra en velfærdsdiskurs. Sproget, herunder de lingvistiske elementer, er dermed med til at konstruere den sociale verdens subjekter, relationer og videns- og betydningssystemer samt disses indbyrdes magtrelationer og diskursive handlemuligheder (45). Diskurs er således en social praksis, men den sociale praksis kan også være ikke-diskursiv. En ikke-diskursiv praksis kan oprindeligt være diskursivt konstitueret, men siden aflejret i en institution (51). Strukturen i det sundhedspolitiske system kan fx begribes som en ikke-diskursiv praksis, der kan have betydning for, hvorledes personalet prioriterer den forebyggende indsats. Sociale strukturer kan således indvirke på de diskursive praksisser. Den kritiske diskursanalyse analyserer, hvordan diskursive og ikke-diskursive praksisser former og formes af den sociale praksis i den forebyggende indsats.

ANALYSENS FOKUS

I Faircloughs analyse rettes fokus mod *den kommunikative begivenhed* og *diskursordenen*. Den kommunikative begivenhed er et givent tilfælde af sprogbrug. Dette kan fx være en tekst eller en transskribering af et interview. Diskursordenen er summen af diskurstyper indenfor et felt, eksempelvis den forebyggende indsats eller samfundet i dets helhed (51). Diskursordenen repræsenterer grundlæggende antagelser og konventioner for, hvad der

siges og gøres indenfor dens felt. Den er i en konstant påvirkning af diskurstypernes dominansforhold samt af andre diskursordener i samfundet. Således ses diskursordenen ikke som en stabil struktur men som en struktur, der konstant forandres.

Det er netop diskurstyperne¹³ indenfor den forebyggende indsats, der ønskes indfanget i dette speciale. Grundlæggende vil analysen således afdække, hvordan aktørerne trækker på diskurser i deres italesættelse af den forebyggende indsats, og hvordan italesættelserne divergerer indenfor og mellem aktørniveauerne. Dette kan bidrage med viden om, hvorfor og hvordan dokumenter bliver translateret af personalet i klinisk praksis og dermed forklare diskrepansen mellem det ledende niveau og klinisk niveau. Denne forståelse kan give bevidsthed om muligheder for forandring af den sociale praksis (51).

Ifølge Fairclough kan diskurstyper naturaliseres inden for en institution og dermed blive en naturlig måde at opfatte verden på. Indenfor den forebyggende indsats kan det fx være en velfærdsdiskurs, hvor det både blandt ledere og det kliniske personale er en normalitet, at man har et ansvar for at hjælpe personer med en psykiatrisk sygdom.

Diskurser er således tæt relateret til magt, som i diskursanalytisk forståelse dermed ikke er handling eller noget man besidder, men derimod noget relationelt betinget. Den kritiske diskursanalytiske erkendelsesinteresse ligger dermed i at søge forståelse for, hvordan italesættelserne får betydning for praksis, gennem forståelse for de sociale praksissers rolle i reproduktion eller forandring af feltet (45).

IDEOLOGI OG HEGEMONISK MAGTKAMP

Indenfor den forebyggende indsats diskursorden vil der være en kontinuerlig hegemonisk magtkamp, idet forskellige diskurstyper kæmper om rollen som den dominerende. Diskurstypernes forskelligheder funderes i bagvedliggende ideologier, forstået som *betydningskonstruktioner, der bidrager til produktion, reproduktion og transformation af dominansrelationer* (51, s. 86). Det er dermed gennem de ideologiske diskurser, at magtrelationer kan opretholdes eller transformeres. Ideologierne er determineret af de grupper, der har mest magt indenfor et felt (45). Forskellige aktører inden for den

¹³ Ifølge Fairclough udgøres diskurstyper af diskurser og genrer. Da genrer i nærværende speciale ikke yder et særligt analytisk bidrag, vil der ikke blive skelnet mellem diskurstyper og diskurser. Jørgensen & Phillips anvender ligeledes diskurs synonymt med diskurstyper (51).

forebyggende indsats kan således trække på forskellige ideologiske betragtninger i deres italesættelser. Det er netop i kraft af aktørernes italesættelser, at den hegemoniske magtkamp udspiller sig, hvor eksempelvis en velfærdsdiskurs kan undertrykke andre diskurstyper. Den hegemoniske magtkamp indgår i den større sociale praksis i den forstand, at den bidrager til reproduktion og transformation af den forebyggende indsats. Aktørerne besidder det, Fairclough betegner som *medlemsressourcer*, som er en samlet betegnelse for aktørernes viden, herunder common sense, og ideologiske overbevisning. I betragtning af den bredere sociale kontekst vil aktørernes medlemsressourcer blive inddraget i analysen, med det formål at besvare hvilke ideologier, de kommunikative begivenheder er et afkast af. Analysen af disse dominansrelationer vil blive suppleret med inddragelse af Bourdieus begreber doxa, kapital og habitus, som beskrives i det følgende afsnit.

BOURDIEU

Bourdies sociologiske teori kan bidrage til at øge forståelsen for det felt, diskurserne konstrueres inden for. Bourdieu positionerer sig selv som konstruktivistisk strukturalist i sin betragtning af sociale handlinger som strukturelt betingede (58). Bourdieus abduction fra den rene strukturalisme og dennes objektivistiske tænkning hviler bl.a. i, at han har erfaret, at det ikke er muligt at forstå en social praksis udelukkende gennem fokus på strukturelle eller objektive forhold. Bourdieu beskriver individer som aktive sociale agenter, der forholder sig til den virkelighed og det samfund, de lever i, og det er ud fra denne position, at valg træffes og handlinger udføres. Omvendt kritiserer Bourdieu de subjektivistiske tilgange, hvor man udelukkende analyser ud fra individets subjektivitet. Folks italesættelser af verden kan, ifølge Bourdieu, ikke rumme deres syn på den eller opfattelser af den, da en del af deres viden om verden er non-verbal og indlejret. Desuden vil deres opfattelser være konstrueret ud fra deres position i et hierarkisk socialt system. Bourdieus teori vil i den kritiske diskursanalyse blive inddraget til netop forståelse for det hierarkiske system indenfor genstandsfeltet, da det med Faircloughs dialektiske forståelse har betydning for den sociale praksis (45). Ifølge Bourdieu bør subjektivismen og objektivismen ikke anskues som modstridende, men i stedet som komplimentære, da de yder forskellige bidrag til forståelse. I subjektivismen udforskes hvorledes aktører i deres opfattelser og handlinger producerer og reproducerer sociale systemer, hvor objektivismen forklarer hvorledes de sociale systemer producerer aktørernes handlinger. Bourdieus begrebsudvikling har fæste i hans ambition om at bygge bro mellem de to modsatrettede tænkninger (58). Det er i denne kobling, at Bourdieu nærmer sig Faircloughs socialkonstruktionistiske tænkning. Når der i den kritiske diskursanalyse rettes

fokus mod produktion og konsumtion af tekster, inddrages Bourdieus begreber til forståelse for, hvorfor de produceres og forstås, som de gør.

KAPITAL, HABITUS OG DOXA

Bourdies begreb kapital skal forstås som ressourcer eller kompetencer, en person kan være i besiddelse af. Kapital kan give personen magt og indflydelse i det felt, vedkommende indgår i. Kapital kan forekomme i tre former; *økonomisk*, *kulturel* og *social kapital*. En fjerde form for kapital er *symbolsk kapital*, som er den form, de tre kapitaler kan fremtræde i, når de i et felt accepteres og tillægges værdi og dermed får anerkendelse og indflydelse.

Den økonomiske kapital er eksempelvis penge og materielle besiddelser. Denne kapitaltype er særlig relateret til bestemte socialgrupper, der indenfor dette projekts genstandsfelt vil være politikere og ledere, der har magten til at fordele ressourcer. Kulturel kapital kan både fremstå som en evne til mestre sprog og kultur, men kan også være i form af titler, autorisationer og uddannelsesbeviser. Indenfor det sundhedsfaglige område vil de sundhedsprofessionelle have en høj kulturel kapital i kraft af deres erfaring og uddannelse. Den sociale kapital er en ressource i form af netværk og sociale relationer, som en person kan trække på, hvis vedkommende får behov for hjælp (59). Sårbare patienter kan således fremstå som personer med lav social kapital. I relation til dette speciale vil rækken af aktører således have forskellige kapitaler, og det vil være forskelligt hvilke kapitaler, der optræder som symbolsk kapital, idet aktørerne kan tillægge forskellige kapitaler værdi. Kapitalbegrebet vil bidrage til at kunne forklare baggrunden for de forskellige diskurser og give forståelse for de dominerende inden for diskursordenen.

Et beslægtet begreb til kapital i Bourdieus begrebsapparat er habitus. Habitus er de kropsligt indlejrede systemer af dispositioner, der tilegnes i et bestemt miljø, og er de vaner, holdninger og den adfærd, aktørerne har i dagligdagen. Med habitusbegrebet bliver det muligt at forklare, hvorfor aktører handler rationelt ift. egen forståelse uden konstant at foretage eksplicite valg. I relation til dette speciale kan habitus bidrage til at forstå aktørernes holdning til og italesættelse af den forebyggende indsats og og desuden forklare, hvorfor aktørerne translaterer den forebyggende indsats forskelligt.

Doxa er det, der tages for givet indenfor et *felt*, forstået som det netværk af sociale relationer, aktørerne indgår i. *Doxa* er indlejret i aktørernes habitus, men er samtidig en del af feltet (58). Fairclough anser ideologi som implicite "*common sense*" antagelser, der tages for givet (45), hvormed hans ideologi-begreb og Bourdieus *doxa*-begreb synes at trække på samme perspektiv.

MAGT I FORM AF SYMBOLSK VOLD

I kraft af aktørernes kapitaler og den værdi de tillægges, vil der være en ulige fordeling af magt og ressourcer indenfor feltet. Magt- og dominansforholdet aktørerne imellem kan beskrives med begrebet *symbolsk vold*. Vold skal forstås som ikke-fysisk vold, men som et dominansforhold, der opstår i samspillet mellem aktører, og som er kendetegnet ved en ureflekteret accept af den dominerede. Dette sker på baggrund af, at den dominerede aktør har internaliseret strukturer og forhold, og sætter derfor ikke spørgsmålstegn ved magtforholdet. Muligheden for symbolsk vold øges, hvis der er forskel på de positioner, der er i feltet (58). Det kan fx være aktørerne i den forebyggende indsats besiddelse af kapital, der sætter nogle i stand til at dominere over andre.

Ifølge Bourdieu er aktørernes *habitus* og *kapital* grundlæggende for, hvorfor vi siger, som vi gør, og de kan derfor give forståelse for de diskursive praksisser. Aktørernes position og magt i feltet antages således som værende konstituerede af deres habitus og kapital (58). Dette kan bidrage til analyse af det dialektiske forhold mellem diskurser og den sociale praksis og endvidere gøre det muligt at beskrive ikke-diskursive praksisser, da begreberne kan omfavne det, der ikke italesættes. Med dette kan der søges forståelse for translationen af de skrevne dokumenter.

TRANSLATION

Som beskrevet i specialets problemanalyse analyseres problemstillingen i et kombineret diskursanalytisk og translationsteoretisk perspektiv. Translationsbegrebet har rod i Bruno Latours aktør-netværksteori, der bl.a. beskæftiger sig med, hvorledes aktører oversætter facts og artefakter, så de passer ind i deres egne projekter og interesser (60). Freeman sætter denne optik i relation til moderne sundhedspolitik. Med translationsperspektivet tager han afstand fra en ortodoks tankegang om policy transfer, hvor implementeringen af en politik forventes udført i dens oprindelige form, hvis blot feltets aktører agerer som foreskrevet i politikken, her de kliniske retningslinjer (44,60).

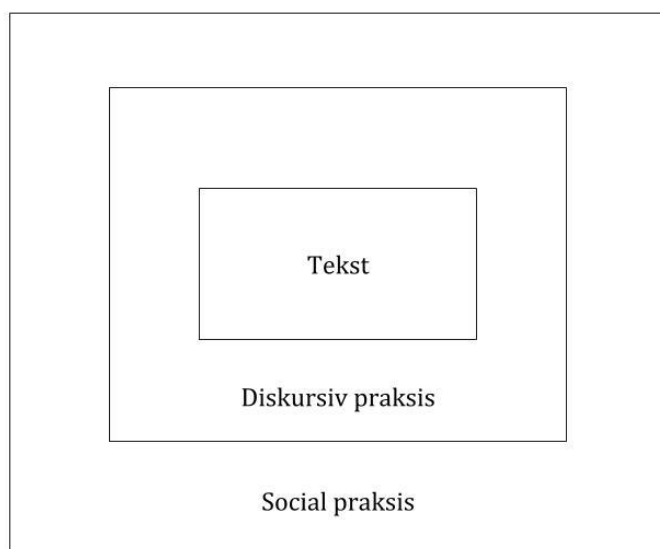
Translationen anses som løbende forandrings- og forhandlingsprocesser, hvor politikker ikke antages som færdigudviklede, når de forlader det politiske niveau, men fortolkes og repræsenteres løbende af de aktører, der interagerer med politikkerne. Således indebærer translation, at en politik, i forskellige sociale strukturer, repræsenterer noget andet på en ny måde og dermed ændres betydningen af det. Det er dermed et kompromis, at translation er aktiv, produktiv og kreativ og bygger dermed på en post-foucauldiansk magtforståelse (61).

Translationen finder sted inden for diskurser, hvor magtsystemer afgør om de nye former som, fx den forebyggende indsats' repræsenteres i, er legitimerede og bemyndigede eller om de udelukkes eller afvises. Freeman fremhæver, at diskurser ikke er alt-determinerende for dette, men at de udgør referencerammen inden for hvilke videns- og betydningssystemer opstår. Gennem aktørernes referencerammer reproduceres, tilpasses eller forandres dominerende diskurser. Diskurser medvirker derfor til at forandre politikken løbende. I forlængelse heraf vil den forebyggende indsats indtage forskellige former på forskellige afsnit og dermed også i forskellige udgaver, som vil forandres over tid. Med Faircloughs' dialektiske perspektiv kan det antages, at de aktører, der indgår i sociale relationer, fx personalet på et afsnit, konstituerer hinandens translationer gennem diskursive praksisser i deres hverdag. Dermed kan det antages, at der i de enkelte personalegrupper kan være fælles træk i translationerne.

DEN TREDIMENSIONELLE DISKURSMODEL

Den kommunikative begivenhed opdeles af Fairclough i tre dimensioner, der samlet opstilles i en tredimensionel model for diskurs som social praksis, illustreret i figur 2. Modellen indeholder en *tekstuel dimension*, *diskursiv praksis* og *social praksis*.

Figur 2 Faircloughs tredimensionelle model



Modellen viser de tre tæt forbundne dimensioner af den kritiske diskursanalyse

Dimensionerne afspejler tre adskilte, men dog forbundne, analyseniveauer i den empiriske analyse. Den tekstuelle dimension omfatter en lingvistisk analyse af meningsbærende tekstpassager på et *beskrivende* niveau. Fairclough anvender en meget tekstnær, grammatisk analyse. Han påpeger, at dimensionen kan være mere eller mindre grammatisk orienteret afhængigt af undersøgelsens behov. Det primære fokus i den forestående analyse er mere indholdsmæssigt orienteret. Den tekstuelle dimension er tæt forbundet med den diskursive praksis, og de to dimensioner vil analyseres i en vekselvirkning. Den diskursive praksis udgør bindeleddet mellem tekst og social praksis, da det er i de diskursive praksisser, tekst produceres og konsumeres, og således translateres. Den diskursive praksis tilføjer analysen dets *fortolkende* element. Her fokuseres på hvilke diskurser, feltets aktører trækker på i deres italesættelser af den forebyggende indsats. Der fokuseres endvidere på ikke-diskursive praksisser i relation til den forebyggende indsats. Den sociale praksis udgør analysens diskuterende del. I den sociale praksis søges det at forklare de diskursive og ikke-diskursive praksissers indbyrdes dialektiske forhold samt deres relation til en bredere social kontekst (45). Endvidere forklares og diskuteres der i et translationsperspektiv, hvorfor den intentionerede struktur af den forebyggende indsats adskiller sig fra det, der udføres i den kliniske praksis.

For at der kan opnås forståelse for den sociale praksis erkender Fairclough, at tilgangen bør suppleres med sociologisk teori. Det tekstnære niveau i modellen sammenkobles med den makrosociologiske sociale praksis og den mikrosociologiske diskursive praksis (45). Det er på dette niveau, at Bourdieus begreber om felt, kapital og habitus inddrages for netop at få en forståelse for aktørernes position inden for den forebyggende indsats og deres indbyrdes dominansforhold. De teoretiske perspektiver bidrager desuden til en distancering fra felten, der kan medføre, at ny og potentielt ubevidste perspektiver på den forebyggende indsats træder frem.

KAPITEL 6

CASESTUDIEDESIGN

CASESTUDIEDESIGN

Designet i dette speciale skal fordre, at de forskellige aktørers forståelser for den forebyggende indsats bringes frem i lyset, hvortil casestudiedesignet er fundet særlig egnet. Til dette speciale anvendes Yins definition, hvor et casestudie:

“... investigates a contemporary phenomenon (the “case”) in depth and within its real-world context, especially when the boundaries between phenomenon and context may not be clearly evident.”
(56, s. 16)

Den forebyggende indsats er karakteriseret ved at være praktiseret af en række forskellige aktører, hvorfor konteksten omkring den forebyggende indsats, herunder blandt andet retningslinjer for udførelsen og personalets praktiske udførelse, er af særlig betydning. Som det fremgår af Yins definition, giver casestudiet netop mulighed for at inddrage konteksten som led i en dybdegående analyse og udforskning af de sociale processer, som er i fokus i dette speciale (62).

Den komplekse afhængighed mellem sociale systemer og deres omgivelser respekteres i et casestudiedesign, der tillader, at en bred vifte af empiri kan komme til orde (56,62). En fordel ved denne triangulering af flere datakilder er, at der skabes grundlag for sammenligninger, hvormed alternative forståelser af den forebyggende indsats kan opstå (62). Dette kan muliggøre en nuanceret og dybdegående analyse af problemfeltets kompleksitet.

Casestudiedesignet kan endvidere bidrage til, at de kontekstnære forståelser for den forebyggende indsats kan anvendes til at udtrykke mere generelle sammenhænge mellem forskellige aktørers forståelser indenfor forebyggende indsatser i psykiatrien (63). For at kunne synliggøre unikke og generelle træk de to psykiatriske afsnit imellem er det komparative casedesign valgt. Således består genstandsfeltet i dette speciale, den forebyggende indsats, af to udvalgte cases. Et strategisk komparativt casevalg åbner, ifølge Yin, op for muligheden for en systematisk udvikling af empiriske sammenhænge (56). Derfor er der udvalgt cases, der er *mest uens* på den kvantitative parameter, der skildrer implementeringen af den forebyggende indsats (56,64).

TILGANG TIL FORTOLKNING

Som beskrevet i *Specialets rammer* (kapitel 4) er der lagt en diskursanalytisk ramme og et translationsperspektiv ned over generering og analyse af empiri. Dette bevirker, at casestudiet vil have karakter af at være teorifortolkende (64). Det omfattende diskursanalytiske- og translatoriske perspektiv bliver en måde at se genstandsfeltet på, da dette perspektiv vil betone hvilke dele af genstandsfeltet, der er relevante, og således vil der være et skærpet fokus på netop at kortlægge de italesættelser og forståelser af den forebyggende indsats, som udspiller sig i forskellige diskursive praksisser.

GENERALISERING

Med henblik på at kunne generalisere resultater fra diskursanalysen ud over casenes specifikke kontekst tilstræbes *analytisk generalisering*. Formålet med denne analytiske generering er, at der kan fremsættes en generel besvarelse, som formår at favne ud over de konkrete cases. Den generelle gyldighed af diskursanalysens resultater vurderes ved at udvikle analytiske konstruktioner, der bidrager til at kunne fastlægge hvilket fænomen, casene udgør (64).

Anvendelse af teori bidrager desuden til den analytiske generalisering i den forstand, at elementer i casen sammenkædes med teoretiske forestillinger (64).

CASENE S1 OG S7

Der er opnået adgang til de to cases gennem gatekeeper, som har daglig funktion i Enhed for Sundhedsfremme og dermed udgør bindeleddet mellem psykiatriledelsen og de kliniske afdelinger i forbindelse med forebyggelse og sundhedsfremme.

CASEUDVÆLGELSE

Undersøgelse af to cases, der er uens i deres udgangspunkt, øger muligheden for at opnå en gyldig generalisering, da mønstre i sammenhænge derved testes (56). På trods af usikkerheder forbundet med journalauditten fra 2014 blev denne anvendt til at identificere afsnit, hvor den forebyggende indsats som udgangspunkt var en mere eller mindre

implementeret del¹⁴. Skildringen af cases som mere eller mindre implementerede kan fejlagtigt afspejle en normativ forventning om, at de politisk besluttede målsætninger generelt skal opnås. Dette er imidlertid ikke den position, der indtages i dette speciale. Betegnelsen og anvendelsen af begrebet implementering skal således blot opfattes som et operationelt greb til forståelse for den analytiske bearbejdning af de kvantitative data og opfyldelsen af ledelsens kvalitetsmål for den forebyggende indsats.

Derudover afhang udvælgelsen af andre faktorer. Akutte afsnit blev fravalgt, da en del indlæggelser foregår under tvang, og da patienter som regel overflyttes til andre afsnit, når de opnår bedring (65). De retspsykiatriske afsnit blev fravalgt, da der ifølge afsnitsbeskrivelserne for disse ikke er decideret *fokus på livsstil og generelt sundhed*, hvilket er tilfældet for de udvalgte cases (66-69).

Specialet *Psykosesygdomme* er delt på tre sengeafsnit, og *Depression og mani* er delt på to. Udvalgelsen af de enkelte afsnit indenfor hvert speciale skete desuden i samråd med gatekeeper ud fra viden om afsnittenes muligheder for at afsætte ressourcer til projektet. Afsnittene S1 og S7 på Klinik Syd på Aalborg Universitetshospital blev dermed udvalgt som cases.

BESKRIVELSE AF CASENE

Afsnit S1 og S7 hører begge til voksenpsykiatrien og modtager dermed patienter over 18 år. De to afsnit adskiller sig fra hinanden på en række parametre, hvilket beskrives i det følgende.

AFSNIT S1

S1 er en del af Projekt Sikker Psykiatri. Der derfor udarbejdet særlige handleplaner for den forebyggende indsats, og der har således været et skærpet fokus på forebyggelse af risikofaktorer for livsstil siden januar 2015.

S1 har 18 sengepladser til patienter med skizofreni eller anden sygdom med psykose (67). Plejegruppen udgøres af ni sygeplejersker og ti social- og sundhedsassistenter. Samlet er ti personalemedlemmer uddannet indenfor KRAM eller Sikker Psykiatri, men de fleste har

¹⁴ Dette er med bevidsthed om analysens sparsomme datagrundlag. Imidlertid var dette eneste tilgængelige information om den forebyggende indsats anvendelse på daværende tidspunkt.

været til undervisning i livsstilssygdomme. Foruden plejepersonalet, har afsnittet én musikterapeut, pædagoger samt psykiatere og socialrådgivere tilknyttet (70).

AFSNIT S7

På afsnit S7 er patienter indlagt med depression og mani. Desuden er en mindre del af afsnittets patientgruppe indlagt med spiseforstyrrelse eller bipolar lidelse. (66). Afsnittet deler plejegruppe med afsnit S8 fra samme speciale, en gruppe, der samlet består af 26 sygeplejersker og 10 social- og sundhedsassistenter. Nogle personalemedlemmer er KRAM-nøglepersoner og har et ansvarsområde indenfor én eller flere af faktorerne og står for interventioner indenfor disse. Personalet har mulighed for at deltage i temadage og kurser om KRAM. Derudover har S7 tilknyttet en musikterapeut, to ergoterapeuter, en socialrådgiver, psykiatere og specialpsykologer (71).

I relation til den forebyggende indsats adskiller de to cases sig ved, at S1 som en del af Sikker Psykiatri pr. 1. juni 2015 har oprettet en modtagefunktion (72). Her foretages en KRAM-screening sammen med andre screeninger. Dette sker max to timer efter indlæggelse. Her tages der desuden stilling til, hvordan der skal intervereres på fundne risikofaktorer. På S7 er der ikke en decideret modtagefunktion, men afsnittet foretager screeningen indenfor indlæggelsens første tre dage (73). Intervention er på S1 endvidere en del af behandlingsplanen. Det skal her fremhæves, at der ikke er tale om tvang i forbindelse med deltagelse i interventioner. Afsnittet adskiller sig blot fra S7 ved ikke umiddelbart at fremsætte interventioner som et valg, men nærmere som en selvfølge del af behandlingen. Modsætter patienten sig, accepteres dette. Slutteligt anses en intervention på S1 kun som fuldført, såfremt der foreligger dokumentation for aktiv overlevering og relevant opfølgning på plejeplaner fx ernæringsplan (74).

KAPITEL 7

ANVENDTE METODER

ANVENDTE METODER

I det foregående gennemgik vi specialets videnskabsteoretiske referenceramme og dermed de epistemologiske og teoretiske perspektiver, der skal ses i sammenhæng med de metodologiske valg præsenteret i det følgende.

KVANTITATIV TILGANG

Kvantitative evalueringer er en naturaliseret del af feltets praksis i den forstand, at det indenfor Sundhedsvæsenet er en normalitet, at indsatser effektvurderes¹⁵ kvantitativt (75). Der blev derfor foretaget en kvantitativ analyse i hht. hvorledes sådanne indsatser kan evalueres. Denne forskningstradition distancerer sig væsentligt fra projektets overordnede socialkonstruktionistiske ramme, men inddrages i projektet, da den er en repræsentation af, hvorledes *kulturel specificitet*, som er Vivian Burrs 2. præmis, betinger, hvorledes verden kategoriseres (50). Med andre ord vil aktørernes forståelse for den forebyggende indsats være påvirket af sådanne analyser. Endvidere vil analysen vise i hvilken omfang ledelsens kvalitetsmål opfyldes kvantitativt. Dette vil besvare problemformuleringens kvantitative delspørgsmål.

DATAKILDER

I de kvantitative analyser indgår to typer af rådata fra Klinik Syds registreringsystemer: registreringer af KRAM-bidiagnoser og -procedurekoder fra PAS samt patientjournaler fra udskrivelser på afsnit S7. Derudover inddrages resultater fra allerede udførte statistiske procesanalyser på S1. Dataindsamling og -bearbejdning præsenteres i det følgende, men først gives en kort introduktion til registreringsprocedurer relateret til den forebyggende indsats.

REGISTRERINGSPROCEDURER

Under selve screeningen noterer sundhedspersonalet fund indenfor KRAM-risikofaktorerne på KRAM-registreringsarket (Bilag 1), hvorefter der afkrydses eventuelle bidiagnoser. Kriterierne for bidiagnoserne fremgår af arket. Til bidiagnosekoderne findes der tilhørende

¹⁵ Effekt i dette speciale omhandler indsatsernes betydning for udførelsen, også kaldet proceseffekt, og ikke den sundhedsmæssige effekt af tiltagene.

procedurekoder, der dokumenterer interventioner i form af forebyggelsessamtale eller udleveret skriftlig information. Ved udførelse heraf registreres dette ligeledes på arket. Udover at registrere screening og intervention på KRAM-registreringsarket, indfører personalet fund og ydelser i den elektroniske patientjournal (EPJ) under en fane kaldet "KRAM". Her afkrydses og beskrives elementer fra screeningen, og her fremgår ligeledes dokumentation for intervention fx en rygevanesamtale (Bilag 2). Dog kan motionsvanesamtaler ikke afkrydses, men skal skrives som en kommentar. Fravælger patienten screening eller intervention dokumenteres dette både på KRAM-registreringsarket og i EPJ. Det er lægesekretærens opgave at skrive bidiagnosekoder og procedurekoder ind i PAS, som de fremgår af KRAM-registreringsarket. Fravalgt KRAM-screening eller intervention kan ikke dokumenteres i PAS, hvorfor disse oplysninger kun kan findes på KRAM-registreringsarket eller i EPJ (19).

REGISTRERINGER I DET PATIENT ADMINISTRATIVE SYSTEM

For at undersøge omfanget af risikofaktorer fundet ved KRAM-screening, dvs. bidiagnoser, og det tilsvarende omfang af interventioner, opgjort i procedurekoder, blev der indhentet patientspecifikke udtræk fra PAS og fuldført en kvantitativ analyse på baggrund heraf. Analysens metode og resultater kan ses i bilag 3, da analysen ikke indgår i specialets analyse, fordi data ikke viste sig at være repræsentative for den reelle udførelse i praksis. Ifølge analysen blev der på S7 ikke registreret procedurekoder i perioden januar 2015 til og med september 2015, men gennem samtaler med personalet blev det gjort klart, at der blev foretaget interventioner, der opfyldte kriterierne for en procedurekode. Samtaler med personalet og fokusgruppeinterviews førte senere til en erkendelse af, at personalet på S7 registrerede interventionsdelen i EPJ, men ikke udfyldte procedurekoden på KRAM-registreringsarket, hvormed procedurekoden aldrig finder vej til PAS. Analysen vidnede således i høj grad om diskrepans i forståelsen af registreringsprocedurerne indenfor den forebyggende indsats. Derfor blev der foretaget en journalaudit med det formål at give et mere retvisende billede af den forebyggende indsats på S7. Før uddybelse af metoden, der er anvendt hertil, præsenteres analysemetoden anvendt af Projekt Sikker Psykiatri på S1, der gav inspiration til journalauditten på S7. Resultaterne fra de to analyser vil begge indgå i besvarelsen af problemformuleringens kvantitative delspørgsmål.

STATISTISK PROCESKONTROL PÅ S1

I Sikker Psykiatri foretages der løbende evaluering af implementeringsprocessen ved hjælp af procesindikatorer (76). Procesindikatorer anvendes indenfor kvalitetsudvikling til at monitorere i hvilket omfang, et tiltag udføres i klinisk praksis (37,75). Procesindikatorerne i Sikker Psykiatri måler *“andel udskrivelser, hvor patienten har modtaget alle elementer i pakken Livsstil og forebyggelse”*(76, s. 2). Dette vil sige, at der opgøres ved en *alt-eller-intet-indikator*, hvor både screening og intervention skal være opfyldt. Kravet for screening er det samme som beskrevet for journalaudit i kapitel 2, hvor screening for alle KRAM-risikofaktorer skal være udført. Intervention udgør ligeledes forebyggelsessamtaler eller anden dokumenteret information. På S1 anses interventionen også som opfyldt, hvis *“patienten trods forsøg på at motivere ikke er interesseret i opfølgning”* (76, s. 2). Desuden anses interventionen kun som opfyldt såfremt, der er udført eller fravalgt aktiv overlevering (76).

Statistisk proceskontrol er en løbende monitorering af procesindikatorers opfyldelse, præsenteret som tidsserier i et seriediagram. Således billedliggøres det, hvorledes en indsats udvikler sig over tid. Med statistisk proceskontrol kan man vurdere, om periodiske udfald i en bestemt tidsperiode skyldes tilfældig variation eller om variationen skyldes bestemte hændelser på det givne tidspunkt. Variationen identificeres ved hjælp af: 1) antallet af *brugbare observationer* i seriediagrammet, dvs. antal målinger, der ikke ligger på medianen, dvs. gennemsnittet for opfyldelsen af indikatoren i tidsperioden, 2) antal gange kurven krydser medianen og 3) antal observationer, der ligger over eller under medianen før kurven igen krydser, kaldet den længste serie. Ud for antallet af brugbare observationer aflæses i en tabel en nedre grænse for antal gange, kurven må krydse medianen og en øvre grænse for den længste serie. Tabellen kan ses i bilag 4. Krydser medianen færre gange end den ene grænseværdi eller er den længste serie længere end den anden grænseværdi, er der tale om ikke-tilfældig variation, hvilket er ønsket i dette tilfælde, hvor indsatsen er under udvikling. Først når målet er nået, ønskes der en tilfældig variation. Når denne kan påvises ud fra en median, der svarer til målet, kan det konkluderes, at forbedring er opnået og fastholdt (77). Opfyldelsen af procesindikatorerne på S1 opgøres i tre seriediagrammer. Alt-eller-intet-indikatoren udgør hoveddiagrammet for indsatsen. Screenings- og interventionsdelenes bidrag til alt-eller-intet-indikatoren undersøges efterfølgende i særskilte seriediagrammer.

JOURNALAUDIT PÅ S7

Journalaudit på S7 er udført ud fra de samme analytiske principper som ved statistisk proceskontrol. I journalaudit er data indsamlet samtidig og dermed retrospektive, hvorfor det ikke er en fortløbende monitorering som i statistisk proceskontrol. Analyser fra S1 og S7 bliver begge præsenteret i et seriediagram med henblik på at sammenligne udførelsen af den forebyggende indsats på de to afsnit.

METODISK TILGANG TIL JOURNALAUDIT

Journalgennemgangen foregik ved, at specialegruppen og en sundhedskonsulent fra Enhed for Sundhedsfremme gennemgik journaler på udskrevne patienter på afsnit S7. Forud for gennemgangen blev der foretaget en peer-learning ved en KRAM-nøgleperson på S7, hvor det blev demonstreret, hvor personalet registrerer KRAM-screening og intervention i EPJ. Proceduren for journalaudits blev gennemgået med ansvarshavende herfor i Region Nordjylland, der også er projektleder i Sikker Psykiatri. Her blev inklusions- og eksklusionskriterier for udvælgelse af journaler drøftet og udvalgt, så resultater kan sammenlignes med den statistiske proceskontrol fra S1.

Grundet genindlæggelser kan patienter indgå flere gange i analysen, hvorfor observationer vil omtales som *udskrivelser*. Såfremt der er foretaget en screening eller afholdt en forebyggelsessamtale indenfor det seneste år, er dette gyldigt som argument for, at delene ikke tilbydes på ny (19).

KRITERIER FOR UDVÆLGELSE AF JURNALER

Patienter på afsnit S7, der er udskrevet i perioden 2. marts 2015 til og med 19. oktober 2015, er inkluderet i analysen. Tidsperioden er identisk med den periode, hvori der er foretaget statistisk proceskontrol på afsnit S1. Ifølge de kliniske retningslinjer skal KRAM-screening og plan for intervention foretages inden for indlæggelsens første uge, hvorfor kun patienter med en indlæggelsestid på syv dage eller derover inkluderes. Såfremt patienten er overflyttet til afsnit S7, skal indlæggelsestiden på S7 være på minimum syv dage, og det undersøges i journalen, om der er registreret KRAM-screening eller intervention på det forudgående afsnit. I tilfælde af overflytning fra afsnit S8 til S7 er indlæggelsestiden på S8 godtaget som indlæggelse på S7, da disse to afsnit i praksis fungerer som et sammenhængende afsnit. I hht. procedurerne blev journaler, hvor patienten er død i tiden mellem udskrivelse og journalgennemgang, ekskluderet.

INDIKATORER OG VARIABLER

Der blev undersøgt to indikatorer svarende til de anvendte i psykiatriens egne journalaudits, én der omhandler screeningselementet og én der omhandler interventionselementet. Derudover blev der med inspiration fra S1's statistiske proceskontrol konstrueret en alt-eller-intet-indikator.

Kriterierne for opfyldelse af screeningselementet er, som beskrevet ovenfor, at der skal være dokumentation for, at screeningen er foretaget inden for *alle* KRAM-risikofaktorer. Er screeningen foretaget under en tidligere indlæggelse inden for det seneste år eller fravalgt af patienten, angives screeningen som udført.

I hht. de kliniske retningslinjer anses interventionselementet som værende opfyldt, hvis der er foretaget en forebyggelsessamtale eller hvis patienten har fravalgt forebyggelsessamtalen eller anden information, hvis blot dette er dokumenteret i EPJ. Ved positiv screening for undervægt eller overvægt er der krav om, at der skal udarbejdes en ernæringsplan, og er denne udarbejdet eller fravalgt, angives interventionen som udført.

Databearbejdning og udarbejdelse af seriediagrammer er foregået i softwareprogrammet Microsoft Excel. Hver udskrivelse fik tildelt et anonymt id-nummer, samt en variabel for udskrivelsesdato. Hvert id-nummer blev tildelt tre binære variable, hvor to viste om hhv. screeningsindikatoren og interventionsindikatoren var opfyldt. Den sidste viste opfyldelsen af alt-eller-intet-indikatoren. Derudover fremgik det af binære variable, hvis screening eller intervention var fravalgt.

DATABEARBEJDNING

Udskrivelsesdatoerne blev anvendt til at inddele observationerne i 14-dages intervaller i hht. proceduren for den statistiske proceskontrol på S1. Andelen af opfyldte indikatorer indenfor hver 14-dages periode blev indført i et seriediagram for hver af de tre indikatorer.

Med henblik på at undersøge omfanget af reelle interventioner i den kliniske praksis beregnes desuden andelen af udførte interventioner, herunder forebyggelsessamtaler og plejeplaner vedrørende ernæring og rygning. Derfor laves en særskilt opgørelse, hvori fravalgt intervention ikke berettiger en udført intervention. Dette gjorde det muligt at sammenligne yderligere med S1, da intervention her fremgår som en del af patientens behandlingsplan og dermed sjældent udelades grundet fravalg. Metoden til vurdering af variationens tilfældighed, beskrevet under statistisk proceskontrol, blev anvendt til at analysere, om diagrammernes udfald var tilfældig eller ikke-tilfældig variation.

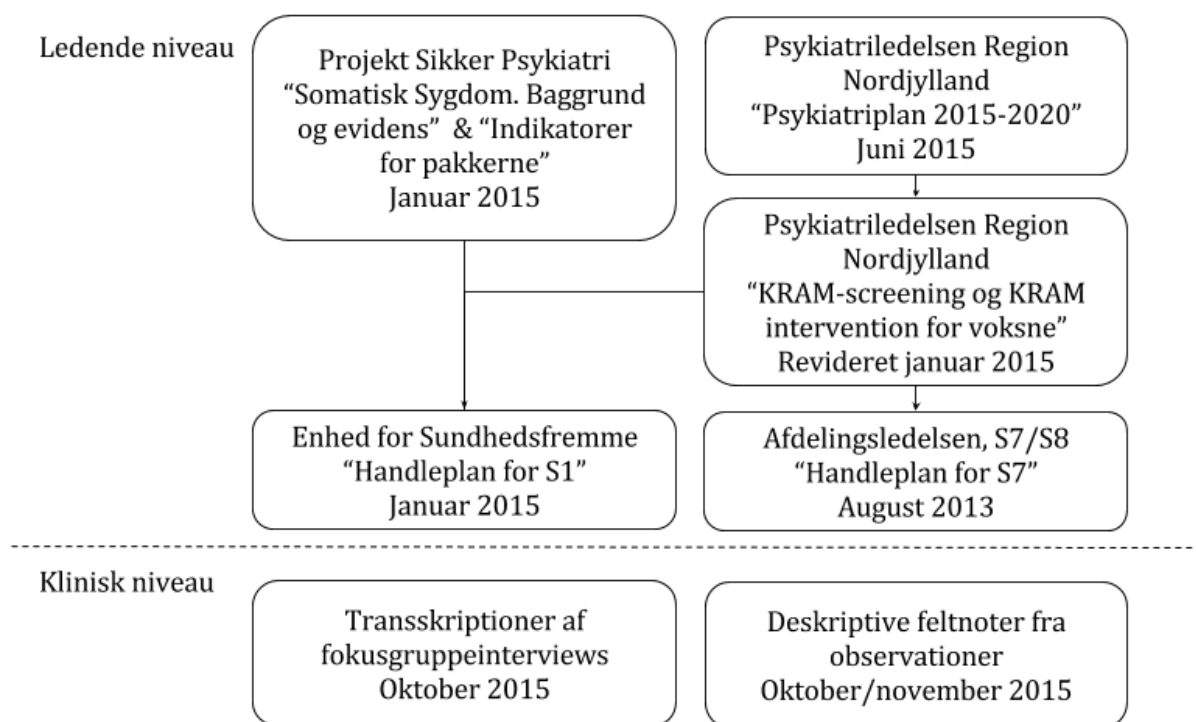
KVALITATIV TILGANG

Der blev anvendt forskellige metoder til at generere den empiri, der anvendes i den kritiske diskursanalyse. Materialet fra det ledende niveau blev udgjort af en række dokumenter. Undersøgelsen af casene blev indledt med besøg på afsnittene, hvorefter der blev foretaget fokusgruppeinterviews med personalet og observationer på afsnittene. De forskellige empiriske kilder og metoder uddybes i det følgende.

EMPIRISK MATERIALE

Det skriftlige materiale til den kvalitative diskursanalyse består af nedfældede tekster, herunder transskriptioner af fokusgruppeinterviews, feltnoter samt dokumenter fra det ledende niveau. Teksterne fremgår af nedenstående figur 3.

Figur 3 Placering af den kvalitative empiri indenfor aktørniveauerne



På det ledende niveau kan der advokeres for en hierarkisk orden, da Sikker Psykiatri og Psykiatriplanen er retningsgivende dokumenter for de kliniske retningslinjer, der endvidere er retningsgivende for de handleplaner, der udarbejdes til de enkelte afsnit.

Indsamlingen af empirien på det ledende niveau blev foretaget blandt eksisterende dokumenter. Dokumenterne vil blive beskrevet forud for, at der gives en indføring i, hvorledes empirien fra klinisk praksis blev genereret gennem observations- og interviewmetoder.

DOKUMENTER FRA LEDENDE NIVEAU

For at få forståelse for de forskellige diskurser relateret til den forebyggende indsats er der indsamlet dokumenter, hvor ledende aktører italesætter denne. Udgangspunktet er dokumenter, hvori de nationalt gældende politiske beslutninger om KRAM-forebyggelse konkretiseres og de lokale handleplaner, der beskriver indsatsens udførelse i den kliniske praksis. Ældre dokumenter er fravalgt, da formålet ikke er at undersøge diskursernes forandring over tid. Hensigten er imidlertid i at analysere italesættelser ud fra et bredt felt af ledende aktører, hvorfor det i stedet har været fokus at indhente de aktuelt gældende dokumenter, som den kliniske praksis i dette øjebliksbillede er underlagt.

Dokumenter blev fundet ved håndsøgning og personlig kontakt med feltets aktører. Dokumenterne præsenteres kort i den rækkefølge, der repræsenterer forfatterens umiddelbare hierarki inden for feltet.

Der inddrages to nationale udgivelser fra *Projekt Sikker Psykiatri*. Det primære af disse er *Somatisk Sygdom. Baggrund og evidens*, hvori de tidligere omtalte patientsikkerhedspakker er beskrevet (18). I tillæg til dokumentet findes *Somatisk Sygdom. Indikatorer for pakkerne* (76), hvori projektets kvantitative målsætninger beskrives. De to dokumenter analyseres samlet og omtales for læsevenlighedsens skyld *Sikker Psykiatri*. Dokumentet inddrages grundet en identificeret intertekstuel kæde, da *Psykiatriplan 2015-2020* og *Handleplan for S1* baserer sig på denne udgivelse. Det er således nødvendigt at undersøge dette dokument italesættelser for at forstå den konsumptionsproces, der har ført til produktionen af disse efterfølgende dokumenter. Inden for regionen er *Psykiatriplan 2015-2020* det øverst rangerende dokument blandt de inddragede og samtidigt det nyeste dokument i materialet fra det ledende niveau. Det er væsentligt at notere, at den hierarkiske orden inden for dokumenterne ikke repræsenterer en tidskronologisk intertekstuel kæde. Dokumentet sætter rammen for de visioner og målsætninger, regionen har mht., hvordan behandlingspsykiatrien fremadrettet skal udvikle sig (7).

De to afsnit følger de kliniske retningslinjer beskrevet i PRI¹⁶-dokumentet *KRAM-screening og KRAM intervention for voksne* (19). Her beskrives den intentionerede praktiske udførelse af den forebyggende indsats i Region Nordjylland. Baseret på dette er der udarbejdet handleplaner, der skal guide personalet i udførelsen af indsatsen. Enhed for Sundhedsfremme står bag Handleplan for Sikker Psykiatri for afsnit S1 (74). Denne består af en konkret fremgangsmåde til den forebyggende indsats i hht. Sikker Psykiatri. S7s afdelingsledelse har udarbejdet deres handleplan vedrørende KRAM risikofaktorer i afsnit S7/8 (73). Handleplanerne omtales Handleplan for S1 og Handleplan for S7.

DE INDLEDENDE BESØG

Den kvalitative empirigenerering blev indledt med besøg på de to afsnit. Sigtet med besøgene var at modtage indtryk og være åben overfor input, som afsnittet kom med. Deltagelse i morgenmøder, morgensang, KRAM-undervisning samt uformelle samtaler med patienter og personalemedlemmer bidrog med et større kendskab til problemstillinger knyttet til den forebyggende indsats. Besøgene hører til feltarbejdsmetoden *Deep hanging out*, hvor forskeren får mulighed for at fornemme problemstillingens facetter i en uformel sammenhæng (78). Besøgene gav indblik i de heterogene behov blandt patienterne samt klarhed omkring generelle forskelligheder på de to afsnit. Besøgene bidrog til, at overflødige spørgsmål i fokusgruppeinterviews er undgået og til bevidsthed omkring relevante observationspunkter i de efterfølgende observationer. Fra personalegruppens side kan besøgene have bidraget med en større forståelse for formålet med specialet med mulig betydning for deres motivation for at deltage i observationer og fokusgruppeinterview.

FOKUSGRUPPEINTERVIEWS

Italesættelsen af den forebyggende indsats på det kliniske niveau findes ikke som skriftlige kilder og er dermed genereret vha. kvalitative fokusgruppeinterviews.

FOKUSGRUPPE SOM KILDE TIL EMPIRI

Når empiriske data skal bidrage til forståelse for den forebyggende indsats og dens forandringspotentialer, er fokusgrupper specielt egnede til at producere viden om graden af

¹⁶ PRI står for Politikker, Retningslinjer og Instrukser og er Region Nordjyllands dokumentstyringssystem til retningsgivende dokumenter (113)

konsensus og diversitet blandt deltagerne om et givent emne. I interaktionen vil kompleksiteten komme frem i deltagernes sammenligninger af hinandens erfaringer og udlægninger. Den komplekse sammensætning af diskurser, som deltagerne trækker på i italesættelsen af den forebyggende indsats, kan være vanskelig for forskeren selv at få frem. Deltagernes kontekstuelle forforståelse vil til gengæld kunne bidrage til at belyse diskurserne nuanceret, idet deltagerne vil stille spørgsmål til og kommentere hinandens udtalelser (79).

Et fokusgruppeinterview defineres derfor som *“en forskningsmetode, hvor data produceres via gruppeinteraktion omkring et emne, som forskeren har bestemt”* (79, s. 11) I definitionen ligger således, at fokusgruppeinterviewet centrerer sig om et forskerbestemt emnefokus, der er fokuseret ud fra forskerens forforståelse snarere end interviewdeltagernes forforståelse (79). Interaktionen mellem det kliniske personale og forskeren, er derfor kilde til data.

I fokusgruppen udveksles beretninger om handlinger og forståelser, og denne udveksling sker på en sådan måde, at det i højere grad minder om interaktionen i en hverdagslignende kontekst, men dog ikke er den samme (80). Begge fokusgrupper blev udført på de respektive afsnits, tæt på den sociale praksis, og på den måde fik interviewsituationen i højere grad karakter af netop den sociale praksis, der italesættes.

Fokusgruppeinterviews er i særdeleshed velegnet til at bringe vigtige diskurser i spil, som anvendes til at etablere opfattelser af den forebyggende indsats. Fokusgruppen vil således have karakter af at være et diskursivt interview, idet forskeren vil have en skærpet opmærksomhed på forskellige i diskurser, der udspiller sig (81).

FOKUSGRUPPENS STRUKTURERING

Fokusgruppeinterviewet struktureres ud fra *tragtmodellen*, som er en kombination af en løs og stram model, hvor fokusgruppeinterviewet starter åbent og gradvist specificeres mod slutningen. Hermed rummes deltagernes interaktioner og perspektiver, og samtidig kan forskeren sikre sig, at ønskede emner belyses i kraft af dennes funktion som moderator (80). Moderators rolle ligger særligt i at få deltagerne til at tale sammen og til at styre de sociale dynamikker, der kan komme i spil blandt deltagerne (80). Således faciliteres, at empiriske materiale skabes. Foruden moderatoren vil der være en medmoderator tilstede, som har mulighed for at supplere med spørgsmål. Medmoderatorens rolle er desuden at observere, hvorledes deltagerne agerer undervejs. Således er der i fokusgruppen ikke blot en social interaktion eller samtale, men også et rum for observation (79). Den konkrete strukturering af fokusgruppen uddybes i næstkommende afsnit.

SPØRREGUIDENS OPBYGNING

Besøg på afsnittene forud for fokusgruppeinterview samt orienteringen i de nationale og regionale dokumenter og litteraturen i øvrigt har inspireret indholdet i spørgeguiden (Bilag 5). For at understøtte den sociale interaktion mellem deltagerne indledes der med *startspørgsmål*, som lægger op til beskrivelse og udveksling af erfaringer (80). Hvert fokusgruppeinterview blev derfor indledt med, at deltagerne blev faciliteret til at beskrive et typisk forløb af den forebyggende indsats. *Slutspørgsmål* vil henlede til mere subjektive vurderinger og diskussioner af den forebyggende indsats (80).

Foruden konkrete spørgsmål blev der udleveret kort med diskussionsemner (se Bilag 5). Formålet hermed var at udforske, hvad de forskellige emner intuitivt startede af refleksioner hos deltagerne og at lægge op til en åben samtale om potentielle problemstillinger relateret til den forebyggende indsats. Desuden blev afsnittenes respektive handleplaner udleveret sammen med de kliniske retningslinjer. I hht. analysens translatoriske perspektiv, var væsentligt at kende til deltagernes kendskab til dokumenterne og deres anvendelse af dem.

FOKUSGRUPPEDELTAGERE

Deltagere til fokusgruppeinterviews blev udvalgt af de afsnitsledende sygeplejersker på de to afsnit for at koordinere med de øvrige arbejdsgange. Med afsæt i formålet om at indfange de diskurser, der er en del af det sociale felt på afsnittene, var det en hensigt at opsætte så få kriterier som muligt. I hht. problemformuleringen blev eneste selektionskriterie, at deltagerne skulle være en del af plejegruppen, som er de kliniske aktører, der har den udførende rolle ift. den forebyggende indsats. Det var ikke et krav, at deltagerne skulle have udført dele af den forebyggende indsats, da alle italesættelser fra personalet inden for feltet bidrager til den sociale praksis omkring den forebyggende indsats. Formålet med at invitere deltagere med forskellige uddannelser, ansvarsområder og arbejdsfunktioner var så vidt muligt at bevare den sociale praksis og de diskursive magtkampe, der dagligt er en del af genstandsfeltet, dog velvidende at interviews er opstillede seancer og derfor ikke må misforstås som den kontekst, der ønskes viden om. I fokusgruppeinterviewet på S7 var alle fire deltagere sygeplejersker og på S1 var tre af deltagerne ligeledes sygeplejersker og to deltagere var social- og sundhedsassistenter. I begge fokusgrupper deltog personaler, der fungerede som KRAM nøglepersoner.

TRANSSKRIFTION

Begge fokusgruppeinterviews er optaget på lydfil og transskriberet. Dette er med en bevidsthed om, at ikke al kommunikation indfanges i den skrevne tekst. For at kunne besvare specialets problemformulering ønskes en indholdsmæssig analyse, hvorfor transskriptionen er udført med afsæt i Michael Bloors transskriptionsregler beskrevet i bilag 6 (82). Bloors transskriptionsregler er inspireret af en metode målrettet diskursanalyse, der er stringent i dens gengivelse af talen, da ordstilling, ufærdige sætninger og afbrydelser bevares. Bloor skelner ikke væsentligt mellem talepausers varighed, men dog noteres pauser og tøven i transskriptionen (82). Desuden registreres korte ord som "mm", da dette i diskursanalytisk sammenhæng, kan være udtryk for tøven, *hedges*.

Specialegruppens medlemmer udførte hver én transskribering. Efter endt transskription gennemgik medlemmerne begge transskriptioner og lydfiler med henblik på at validere stemmegenkendelsen og eventuelle fejl i gengivelserne af uklare italesættelser. Fokusgruppedeltagere fra S7 er anonymiserede med bogstaver, fx "deltager A" og deltagere fra S7 med tal, fx "deltager 1", hvilket gjorde det nemt at overskue citaternes ophav i sammenlignende analyser.

OBSERVATIONER

Empirien fra observationerne indgår primært som baggrundsempiri og er primært anvendt til forståelse for feltet og italesættelser i forbindelse med fokusgruppeinterviews. Der gives derfor kun en kort gennemgang af metoden.

Formålet med observationer var at undersøge hvilke italesættelser, der karakteriserer personalets forståelse for den forebyggende indsats, og i den forbindelse at belyse personalets interaktion med patienter under en KRAM-undervisning¹⁷. Under første observation var der i lav grad af interaktion med patienter, hvorfor metoden ikke tillod at undersøge dette. Med bevidsthed om, at feltnoter er forskernes italesættelse af personalets forståelse for den forebyggende indsats, er feltnoter anvendt reflektorisk til at få forståelse for feltet og dets aktører, herunder personale og patienter. Kun enkelte feltnoter er inddraget eksplicit som analysegenstand i diskursanalysen, såfremt de understøttede italesættelser fra fokusgruppeinterviews.

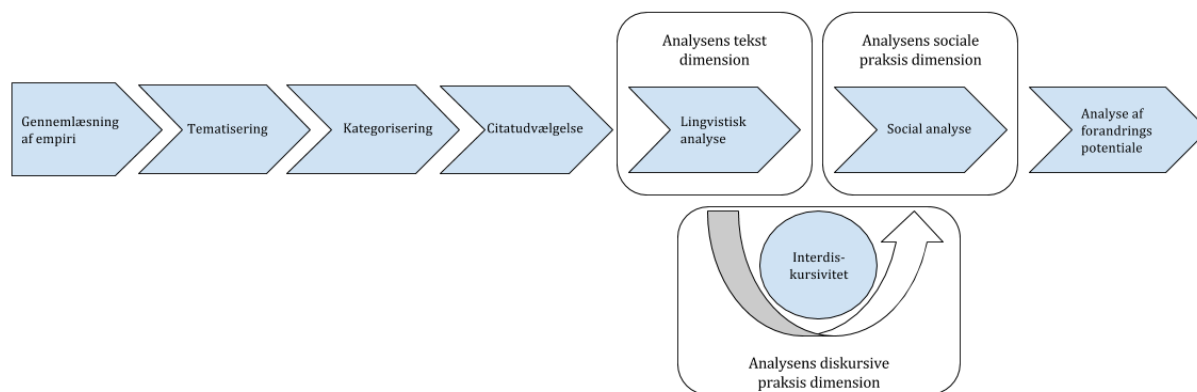
¹⁷ Interaktionen mellem patienter og personale bearbejdes ikke i dette speciale, da det ikke ligger indenfor det afgrænsede problemfelt.

Observationerne er foretaget i naturlige settings på afsnit S1 og S7, hvor formen er åben, idet patienter og personale er underrettet om vores tilstedeværelse. Tilgangen til observation er observerende deltagelse på et kontinuum fra deltagende til ikke-deltagende observation (62). Der er udført to observationer på S1 og én observation på S7 af hver en times varighed. Hver observation er foretaget af specialegruppens to medlemmer i forbindelse med gruppebaserede interventioner. Undervejs og umiddelbart efter de enkelte observationer er detaljerede feltnoter nedskrevet ud fra en observationsguide med opmærksomhedspunkter (Bilag 7). Enkelte feltnoter vil inddrages i analysen.

KODNING AF DET KVALITATIVE EMPIRISKE MATERIALE

Kodning af datamaterialet er foretaget på baggrund af projektets problemstilling og vil således også være subjektive vurderinger af, hvad der i teksterne anses som relevant i besvarelsen heraf. Til projektets formål er der udviklet nedenstående figur, der simplificeret skildrer den analytiske proces.

Figur 4 Simplificering af analysestrategien



Figuren illustrerer analyseprocessens led. Der er tale om en simplificering for at skabe et overblik og transparens. Processen skal ikke tolkes som lineær, da der gentagne gange blev vendt tilbage til forudgående led i processen.

Softwareprogrammet Nvivo er brugt som analyseplatform i kodningsprocessen, da dette program bidrog til at danne et overblik over det empiriske materiale i figur 3. Derudover gjorde anvendelsen af Nvivo det muligt at systematisere over- og underordnede kategorier på tværs af både aktører og tekster (83). Den systematiske tilgang muliggjorde undersøgelsen af de komplekse og internt forbundne diskurser inden for genstandsfeltet og endvidere relationen mellem kategorier og tekster.

Bearbejdningen af data startede med en gennemlæsning af teksterne for at skabe overblik over deres indhold og indbyrdes kronologi, hvilket fremgår som første led i figur 4. Temaer, der udsprang af gennemlæsningen, blev noteret og indført i Nvivo, hvilket gjorde det muligt at kategorisere tekstdelene tematisk ved de efterfølgende gennemlæsninger. Det var en iterativ proces, eftersom nye temaer kom til på grundlag af de nye forståelser, processen medførte. Et eksempel på kodningen kan ses i bilag 12.

Efterfølgende blev temaerne kategoriseret i nye overordnede kategorier. Nvivo gjorde det muligt nemt at samle tekstdele markeret i forskellige temaer indenfor kategorierne.

Indenfor hver af disse kategorier blev der dernæst udvalgt citater som genstand for analyse. Formålet var at udvælge citater, der indfangede essentielle diskurser fra teksten, selvom hele den kommunikative begivenhed var genstand for analyse. Dette blev sikret gennem tilbagevendende gennemlæsning af teksterne. Citaterne blev indekseret efter kilde, dvs. de enkelte dokumenter, således aktørernes relationer kunne inddrages i analysen. Afgrænsningen af diskurserne var en cirkulær proces, da nye erkendelser løbende var med til at tilpasse diskurstyperne forud for den endelige afgrænsning af disse. Som beskrevet af Jørgensen & Phillips, kan det være vanskeligt at afgrænse diskurser, hvorfor de anbefaler at forskeren afgrænser ud fra det, der giver mening ift. problemstillingen (51). Tematisering og kategorisering var således både en form for databearbejdning, der klargjorde data forud for den lingvistiske og sociale analyse samt en del af analysens initierende fase, da tekstindholdet allerede her tillægges en analytisk værdi. Slutteligt analyseres forandringspotentialer ud fra fundene i analysen. Gentagne gange er empirien gennemlæst med henblik på at reflektere over egne translationer og forforståelse for således at kunne rekontekstualisere de betydninger, vi som forskere har udledt af citaterne.

FAIRCLOUGHS ANALYSEREDSKABER

I nærværende speciale er valgt en indholdsmæssig analyse med fokus på de *vokabulære* træk, hvilket er de konkrete ordvalg i teksten og ordvalgets bagvedliggende ideologiske betydning.

Analysen af *transitivitet* fokuserer på, hvordan aktører forbindes eller ikke forbindes med begivenheder. Interessen ligger i at afdække hvilke aktører, der tillægges et ansvar, herunder om man tager ejerskab for den forebyggende indsats. Transitivitet kan undersøges ved at fokusere på, om der anvendes passiv eller aktiv form af verber.

Modalitet betegner talerens grad af tilslutning til en sætning. Forskellige modaliteter betegner således graden af *affinitet*, man tillægger et udsagn. *Hedges* er et udtryk for modalitet, hvilket modererer en sætnings påstand ved at bruge ord som *lidt* eller *måske*. Disse ord kan være udtryk for lav affinitet. Modalitet viser sig desuden ved brug af *modalverber* som fx *kunne* eller *skulle*. Dette kan undersøges for at afdække, om personalet opfatter den forebyggende indsats som et krav.

I analysen anvendes de nært beslægtede begreber *intertekstualitet* og *interdiskursivitet*. Interdiskursivitet omhandler italesættelsen af forskellige diskurser. I analysen identificeres hvilke diskurser, der trækkes på i eksempelvis produktionen af en handleplan. Intertekstualitet kan være et udtryk for interdiskursivitet, og Fairclough anvender det om det fænomen, hvor teksters indhold er baseret på elementer og diskurser fra andre tekster (51). Fokus er derfor på hvilke tekster, herunder diskurser i tekster, der trækkes på i italesættelsen af den forebyggende indsats. Bruger man tekster inden for samme diskurs i produktionen af en tekst, kan det være et udtryk for en reproduktion af den forebyggende indsats. Er der tale om mere kreativ brug af andre tekster, kan det være udtryk for en diskursiv magtkamp. Trækker en tekst åbenlyst på andre tekster, fx en direkte henvisning til Sundhedsstyrelsen, er der tale om *manifest intertekstualitet*.

Gennem en kritisk analyse af de kommunikative begivenheder analyseres det, hvordan den forebyggende indsats transformeres eller reproduceres mellem det ledende niveau og det kliniske niveau.

FORSKNINGSETIK

I forbindelse med empiriindsamling- og generering på afsnittene underskrev begge gruppemedlemmer en tavshedserklæring. Alle informanter, herunder også personer, der fremgik af journaler, blev omgået med diskretion og holdt anonymiserede. Der blev forud for såvel uformelle besøg på afsnittene og før observationer lavet opslag til personale og patienter (se Bilag 8 og 9), og besøgene blev endvidere varslet på personalemøder og morgenmøder. Forud for fokusgruppeinterviewene modtog fokusgruppedeltagerne et brev med skriftlig information om fokusgruppeinterviewets formål (Bilag 10). Både ved observationer og fokusgrupper blev deltagere gjort opmærksomme på, at de kunne frasige sig deltagelse. Ved fokusgruppeinterviews underskrev deltagerne en samtykkeerklæring

(Bilag 11). Enkelte deltagere fremgår af referencer med navn ved deres egen tilladelse til dette. Dette gælder kontaktpersoner i psykiatrilædelser og afdelingsledelser.

LITTERATURSØGNING

Der er anvendt en eksplicit, systematisk søgestrategi, hvis metodologiske standard har været inspireret af evidensstypologien (84). Det har således ikke været en prioritering at finde randomiserede kontrollerede studier, der rangerer højt i evidenshierarkiet, men i stedet har problemfeltet og dets underliggende forskningsspørgsmål været styrende for litteraturudvælgelsen. I projektets initierende fase blev der foretaget en baggrundssøgning i relevante databaser, samt håndsøgning på biblioteker og på relevante hjemmesider, fx rn.dk. Her var kædesøgning nyttig, da det gav mulighed for at følge udsagn tilbage til de citerede studier, og dermed få en større indsigt i problemfeltet (85).

SYSTEMATISK LITTERATURSØGNING

Formålet med den systematiske litteratursøgning er at finde nationale og internationale studier, der kan indgå i en diskussion af analysens fund og bidrage til udvidet forståelse for disse. Hermed ønskes det at kontekstualisere den diskursive praksis identificeret i analysen til en bredere social kontekst. Litteraturen kan således bidrage til at løfte specialets empiriske resultater til et mere generelt niveau, der rækker ud over det specifikke genstandsfelt (64). Til dette formål tager den systematiske søgning udgangspunkt i følgende spørgsmål:

*Hvilke erfaringer findes der med forebyggelse af
livsstilsfaktorer blandt patienter i psykiatrien?*

Der søges således efter litteratur med afsæt i de kvantitative og kvalitative forskningsparadigmer, der skildrer erfaringer med livsstilsinterventioner samt viden om eventuelle effekter heraf. Der søges på patienter, da der ønskes viden om interventioner udført indenfor behandlingsregi. *Indlagte patienter* blev tilføjet som en yderligere søgefacet i enkelte databaser, såfremt der var behov for at begrænse søgningen. Forskningsspørgsmålets terminologi er tilpasset internationale forhold, da begrebet *KRAM* er en dansk konstruktion. Der blev afprøvet relaterede termer fx *overweight*, men uden dette fokuserede søgningen. Der er i stedet søgt på termerne *lifestyle* og *health behavior*, da disse gav brugbare resultater.

SØGESTRATEGI

Specialets tværfaglige problemstilling medfører en udfordring mht. at kondensere fra forskellige kilder til belysning af problemstillingens kompleksitet. Der er derfor søgt bredt gennem et udvalg af databaser med forskellige forskningsrettede fokus. Der er søgt i databaserne Pubmed, Cinahl, PsykInfo, Embase og Sociological Abstract. Med inspiration fra PICO-tankegangen er det fokuserede søgespørgsmål nedbrudt i forskellige søgefacetter. De fire facetter er som følger:

1. facet: Psykiatrisk sygdom
2. facet: Forebyggelse
3. facet: Livsstil
4. facet: Indlagte patienter

Der er udelukkende søgt på thesaurus-termer med henblik på at fokusere søgningen, således at de fremsøgte studier er indekseret med de relevante termer. Explode-funktionen er anvendt, i tilfælde hvor underliggende termer er fundet relevante i relation til søgespørgsmålet. Søgetermer og facetter er kombineret med de boolske operatører "OR" og "AND". I bilag 13 kan der læses en detaljeret beskrivelse af søgningerne samt uddybelse af de udvalgte databaser.

UDVÆLGELSE AF LITTERATUR

Inklusions- og eksklusionskriterier er opsat med afsæt i evidensstypologien, som beskrevet ovenfor. Af pragmatiske årsager er søgningerne i enkelte databaser begrænset til litteratur fra det seneste årti. Dette var i medicinske databaser, da det psykiatriske felt på det medicinske område forventes at have været i en markant udvikling i denne periode. I søgning efter sociologiske aspekter af problemstillingerne blev der søgt bredere end blot indenfor sygehusregi. Dette var med ønske om at fremsøge bred viden om sociale relationer i relation til problemfeltet. Studier med voksne er prioriteret grundet overførbareheden til genstandsfeltet i dette speciale, hvorfor studier omhandlende børne- og ungdomspsykiatri er fravalgt. Forskning foretaget i retsmedicinsk eller somatisk regi som primære settings blev fravalgt. Såfremt der blev fremsøgt systematiske reviews indenfor et område, fx erfaringer omhandlende vægttab blandt personer med skizofreni, blev enkelte trials med samme fokus fravalgt, medmindre der var kontekstnær sammenhæng med genstandsfeltet i nærværende speciale. Den udvalgte litteratur fremgår af bilag 14.

KAPITEL 8

KVANTITATIV ANALYSE OG RESULTATER

KVANTITATIV ANALYSE

I det følgende præsenteres seriediagrammer fra den statistiske proceskontrol på S1 efterfulgt af resultater fra den udarbejdede journalaudit på S7. Resultaterne vil slutteligt blive sammenlignet med henblik på at identificere ligheder og forskelligheder de to afsnit imellem, i en diskussion af de potentielle årsager til dette og resultaternes betydningen for konstruktionen af den forebyggende indsats.

LÆSEVEJLEDNING TIL SERIEDIAGRAMMER

Diagrammernes vertikale akse viser andele udskrivelser i procent, der opfylder kvalitetsmålene for indsatsen. Den horisontale akse viser ugenumrene i perioden. Observationer fremgår som sorte markeringer, der forbindes i en kurve der repræsenterer opfyldelsen af indikatorernes udvikling over tid. I diagrammerne fremgår kvalitetsmål og medianen for perioden som horisontale linjer. Observationer, der ligger på medianen, tælles ikke med som brugbare observationer i vurderingen af analysens variation. Kun i tilfælde at en længere periode med opfyldt kvalitetsmål, hvilket ikke ses i følgende analyser, ønskes en tilfældig variation. Der henvises til specialets metodeafsnit for uddybning af denne metode.

KRAM-SCREENING OG INTERVENTION PÅ AFSNIT S1

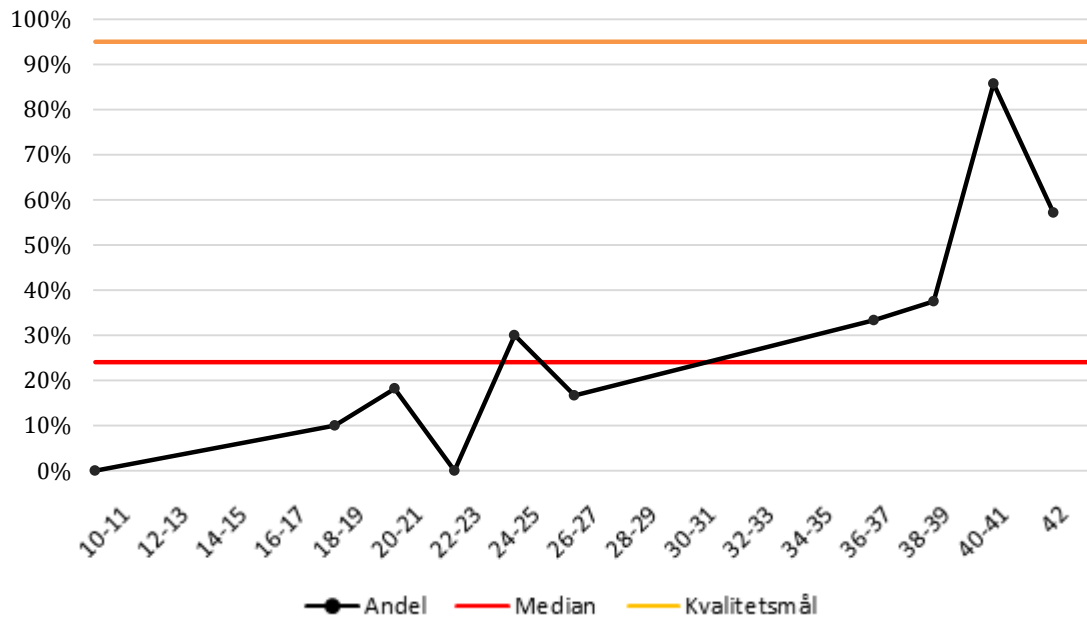
86 patienter blev udskrevet fra S1 i perioden, og der er undervejs foretaget 10 observationer med min. 14-dages intervaller.

Figur 5 viser en kort tilbagegang i opfyldelsen af alt-eller-intet-indikatoren fra uge 24, svarende til primo juni hvor S1 oprettede en modtagefunktion. Kurven stiger igen omkring september og falder igen i oktober. Der er tale om tilfældig¹⁸ variation, da kurven krydser medianen mere end to gange og da længste serie er kortere end seks observationer.

Figur 5 Seriediagram for opfyldelse af alt-eller-intet-indikatoren i uge 10-42, 2015

¹⁸ I analyse af om variation er tilfældig eller ikke-tilfældig anbefales min. 12 brugbare observationer, hvormed de 10 observationer gør, at der er usikkerhed forbundet med at klassificere variation som tilfældig og ikke-tilfældig. Analysens foretages for at eksemplificere metodens anvendelse og for at få et umiddelbart indtryk af diagrammet (77).

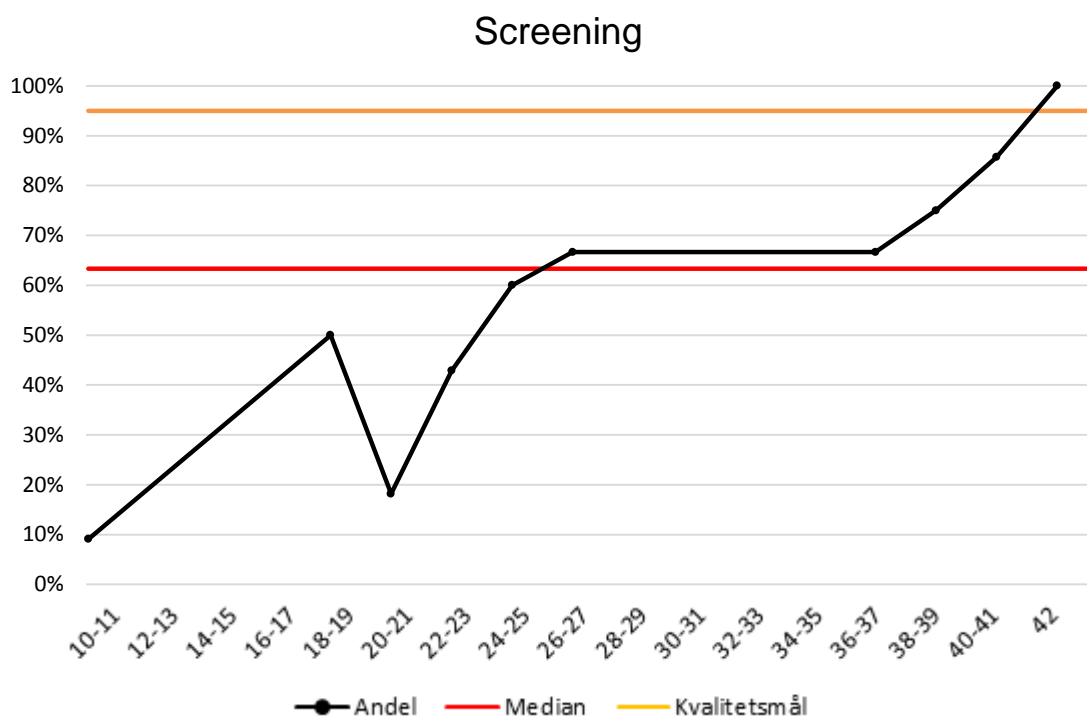
Alt-eller-intet



Alt-eller-intet indikatoren viser andel udskrivelser med korrekt KRAM screening og korrekt opfølgning, dokumenteret i plejeplan inkl. evaluering og dokumentation for aktiv overlevering. Median for hele perioden er 24%. Efter indførelse af modtagefunktionen er medianen 38% (denne fremgår ikke af diagrammet).

I de særskilte seriediagrammer (figur 6 og 7) antydes fremgang på screeningsindikatoren efter modtagefunktionens indførelse. Ved interventionsindikatoren er der en kort tilbagegang, hvorefter opfyldelsen af indikatoren stiger igen, som ved alt-eller-intet-indikatoren. I perioden efter oprettelsen er fremgangen for interventionen er størst, hvilket ses ud fra medianer for perioden efter modtagefunktionens oprettelse, som for screeningsindikatoren 75% og for interventionsindikatoren er 50% (fremgår ikke af diagrammerne). Som det fremgår af diagrammerne ligger medianerne for hele perioden på hhv. 63% og 29%. Således er der sket en fremgang på hhv. 12 og 21 procentpoint.

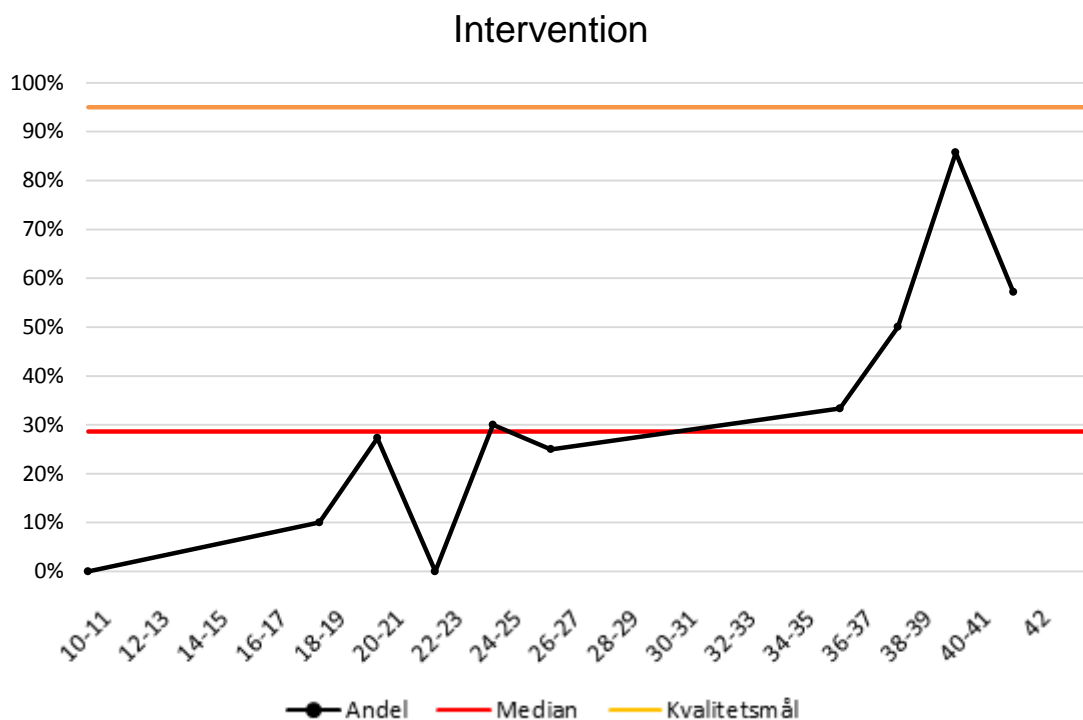
Figur 6 Seriediagram for opfyldelse af screeningsindikatoren i uge 10-42, 2015



Screeningsindikatoren er opfyldt ved fuld KRAM-screening. Median er for hele perioden er 63% og efter modtagefunktionens oprettelse er medianen 75% (denne fremgår ikke af diagrammet).

Stigningen i opfyldelsen af målet for screeningsindikatoren antyder en ikke-tilfældig variation, da kurven kun krydser medianen én gang, men der mangler endnu observationer for at kunne fastslå dette. I seneste måling nåede indikatoren op på 100% opfyldelse, idet 7 ud af 7 patienter fik en KRAM-screening, hvilket er over kvalitetsmålet.

Figur 7 Seriediagram for opfyldelse af interventionsindikatoren i uge 10-42, 2015



Interventionsindikatoren er opfyldt ved korrekt opfølgning, der er dokumenteret i plejeplan inkl. evaluering, og dokumentation for aktiv overlevering. Median for hele perioden er 29% og efter modtagefunktionens oprettelse er medianen 50% (denne fremgår ikke af diagrammet).

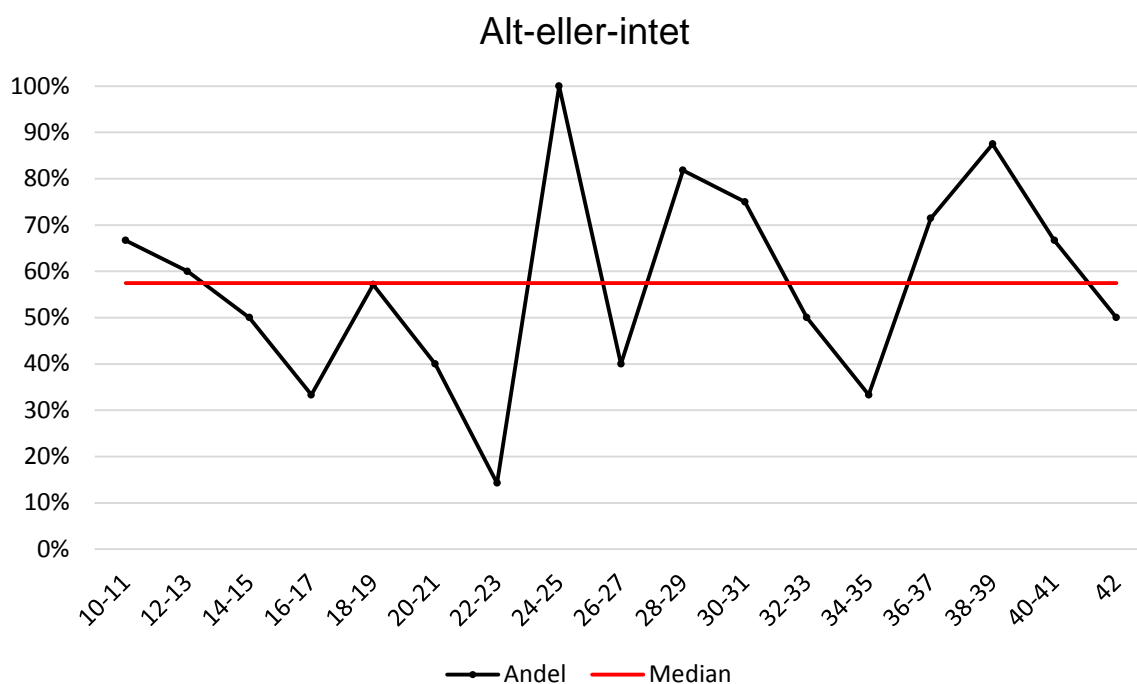
Opfyldelsen af interventionsdelen fremgår som tilfældig variation, da kurven krydser medianen to gange og længste serie er fire observationer. I den seneste måling opfyldte 4 ud af 7 patienter delindikatoren, og interventionsdelen har således endnu ikke tangeret kvalitetsmålet på 95%.

JOURNALAUDIT PÅ AFSNIT S7

Der er 119 udskrivelser i perioden, hvoraf 26 ikke opfyldte inklusionskriterierne for journalaudits. Dermed indgår 93 udskrivelser i journalauditten.

Alt-eller-intet-indikatoren præsenteres i figur 8.

Figur 8 Seriediagram for opfyldelse af alt-eller-intet-indikatoren i uge 10-42, 2015

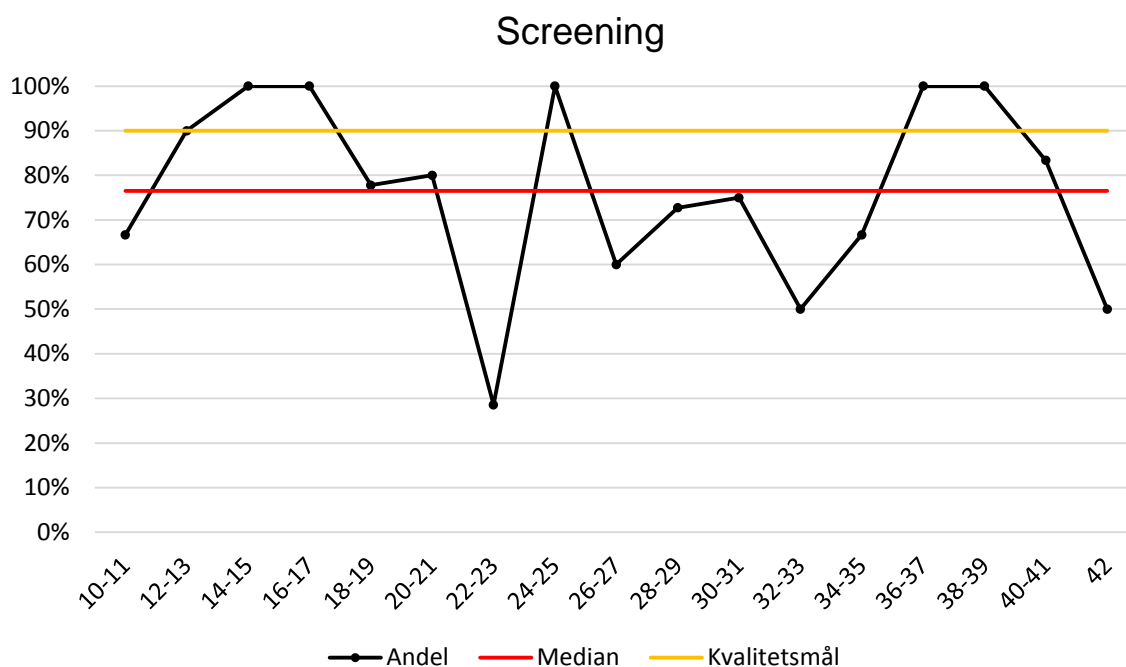


Alt-eller-intet indikatoren opfyldes, hvis der er fuld KRAM-screening, herunder også patientens fravalg, og opfølgning på risikofaktor, dvs. tilbudt intervention eller dokumenteret fravalg fra patienten. Median for hele perioden er 57%

Af diagrammet fremgår det, at 57% af udskrivelserne på S7 opfylder alt-eller-intet-indikatoren. Der er ikke et konkret mål for denne indikator, da denne er konstrueret til projektets formål. Variationen er tilfældig, da der af 16 brugbare observationer, da observationen i uge 18-19 ligger på medianen, og kun tre indgår i en serie og da medianen krydses syv gange.

Screening- og interventionsdelenes særskilte seriediagrammer ses i figur 9 og 10, hvoraf de to kvalitetsmål fremgår.

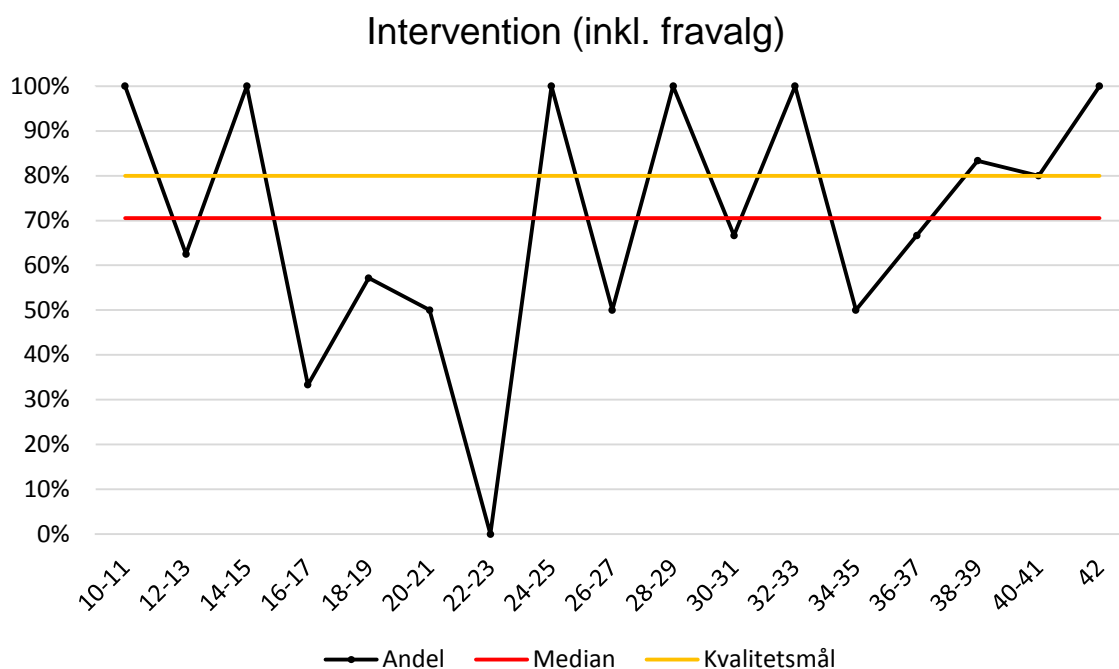
Figur 9 Seriediagram for opfyldelse af screeningsindikatoren i uge 10-42, 2015



Screeningsindikatoren er opfyldt ved korrekt KRAM-screening, herunder også patientens fravalg. Median for hele perioden er 77%.

Diagrammet viser, at der i 77% af udskrivelserne er dokumenteret fuld eller fravalgt KRAM-screening under indlæggelsen eller screening inden for det seneste år. Der var kun én udskrivelse ud af de 93, hvor screening var fravalgt. Kvalitetsmålet for screeningselementet er 90%, hvilket ikke er opfyldt. Kurvens udsving er udtryk for tilfældig variation, da kurven med 17 brugbare observationer krydser medianen seks gange og da længste serie er kortere end fem observationer.

Figur 10 Seriediagram for opfyldelse af interventionsindikatoren i uge 10-42, 2015

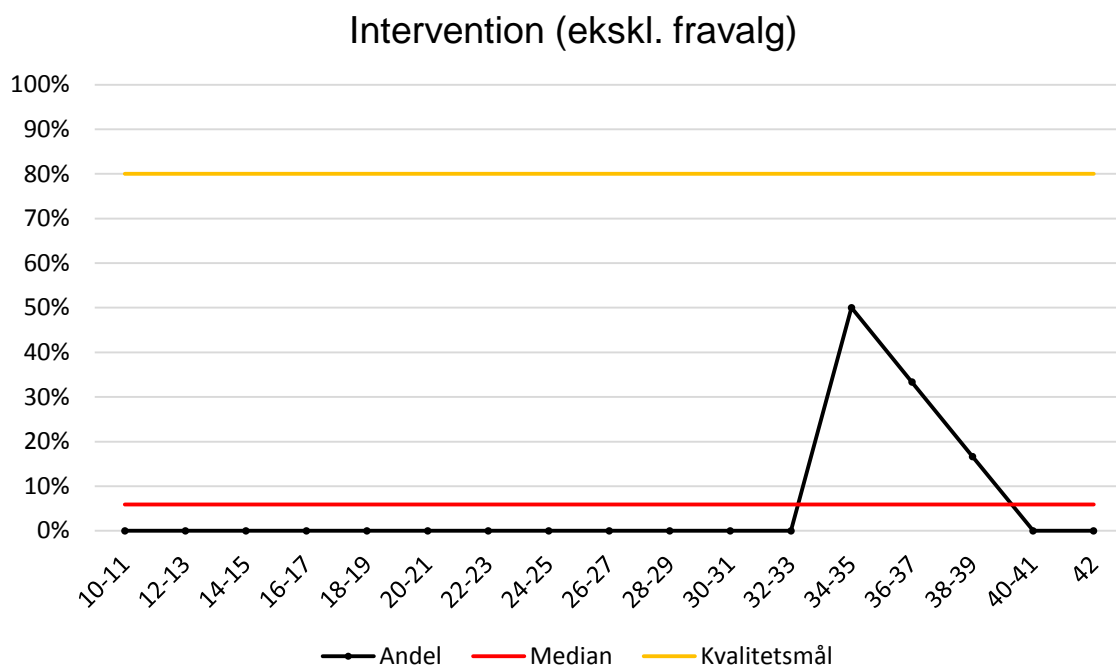


Interventionsindikatoren viser andelen af udskrivelser, hvor der på baggrund af en risikofaktor er tilbudt intervention, herunder også dokumentation af patientens fravalg. Median for hele perioden er 71%.

Interventionselementet er dokumenteret i 71% af udskrivelserne, og sammenlignet med screeningselementet er det dermed i procentpoint tættere på kvalitetsmålet på 80%. Igen er variationen tilfældig, vurderet ud fra 17 brugbare observationer, hvor kurven krydser medianen ni gange og den længste serie er fire observationer.

Ses der i stedet på den reelle forekomst af interventioner, hvor fravalg ikke er accepteret som udførelse af intervention, forandres resultaterne væsentligt. Dette er skildret i Figur 11.

Figur 11 Seriediagram for S7's reelle udførelse af interventionsdelen, dvs. uden fravalgte interventioner i uge 10-42, 2015



Interventionsindikatoren viser andelen af udskrivelser, hvor der er fuldført en intervention på baggrund af en risikofaktor fundet ved KRAM screening. Median for hele perioden er 6%.

I perioden var der dokumentation for fire udførte interventioner i form af forebyggelsessamtaler, ernærings- eller rygestopplaner, svt. at gennemsnitligt 6 % udskrivelser modtog intervention, hvilket er 69 procentpoint lavere end resultatet analysen inkl. fravalg (figur 11) viste.

Vurderet ud fra 17 brugbare observationer fremgår variationen som ikke-tilfældig, da kurven krydser medianen to gange og den længste serie er 12 observationer.

DISKUSSION AF DE KVANTITATIVE RESULTATER

Den forebyggende indsats er ud fra et positivistisk perspektiv ikke implementeret på afsnittene, da dette kræver en stabil periode, hvor kurven varierer tilfældigt omkring kvalitetsmålene.

På S1 ses det, ud fra diagrammerne, at interventionsdelen er primær årsag til, at alt-eller-intet-indikatoren er væsentligt under det af ledelsen ønskede niveau.

Screeningsindikatorens fremgang efter modtagefunktionens oprettelse har ikke har været afbrudt af stagnation eller tilbagegang, hvilket indikerer, at modtagefunktionen har en gavnlig

effekt på processen. For at påvise den ikke-tilfældige variation, hvormed man kan tillægge modtagefunktionen en effekt, kræves en analyse over en længere tidsperiode med flere målinger. Opfyldelsen af alt-eller-intet-indikatoren og interventionsindikatoren faldt kort efter modtagefunktionens oprettelse (uge 24). Dette svarer til afsnittets ferieperiode, der således kan antages at have en betydning for udførelsen af interventionen. Efter ferieperiodens ophør var der stor fremgang i udførelsen (72).

Som beskrevet i metoden indgår ikke samme kriterier for udførelsen af interventionsdelen. S1 har haft en enkelt tilbagegang efter modtagefunktionens oprettelse, hvormed det kan antages, at der her er længere udsigter til, at der kan identificeres en stabil opfyldelse af interventionsindikatoren. Medianen for udførte interventioner på S7 (71%) er relativt højere end medianen for udførte interventioner hos S1 (29%), men ift. reelt udførte interventioner, ligger S7 langt fra målet om, at 80% skal modtage intervention. I figur 10 kunne man således henledes til at tro, at en stor andel udskrivelser på afsnit S7 får en intervention. Figur 11 viser i stedet, at det modsatte er tilfældet. Disse to seriediagrammer eksemplificerer således, at procesindikatorer ikke fortæller noget om den reelle ydelse, patienterne modtager. Med oplysningerne om at fravalg er sjældne på S1, ses det, at det kan have stor betydning, om intervention fremlægges som en mulighed eller som en obligatorisk del.

EPISTEMOLOGISKE REFLEKSIONER

Ovenstående resultater er en repræsentation af, hvorledes kvantitative kategoriseringer skildrer én sandhed og vil derfor med afsæt i specialets positionering ikke anses som en objektiv sandhed. Analyser lavet på baggrund af personalets registreringer vil være konstruktioner, der ikke nødvendigvis repræsenterer virkeligheden om udførelsen af den forebyggende indsats, og registreringerne vil være et produkt af personalets forståelse for den forebyggende indsats og ikke nødvendigvis ledernes. Specielt viser analysen af interventioner på S7, hvorledes forskellige opfattelser af interventionen, har betydning for dens udførelse, da det tvivlsomt har været ledernes intentioner, at fravalg udgjorde så væsentlig en andel af de registrerede interventioner. Derfor står analysen som eksempel på hvilke forskellige sandheder, der hæfter sig til den forebyggende indsats og hvordan feltets aktørers kategoriseringer af verden påvirker deres vidensproduktion. Med andre ord forstår ledelsen, hvorledes indsatsen udføres gennem kvantitative konstruktioner. Det har således store konsekvenser for ledelsens indsigt i den reelle udførelse, at fravalg accepteres som intervention, såfremt der ønskes kendskab til ydelsen af intervention.

KAPITEL 9

DISKURSANALYSE

ANALYSESTRATEGI

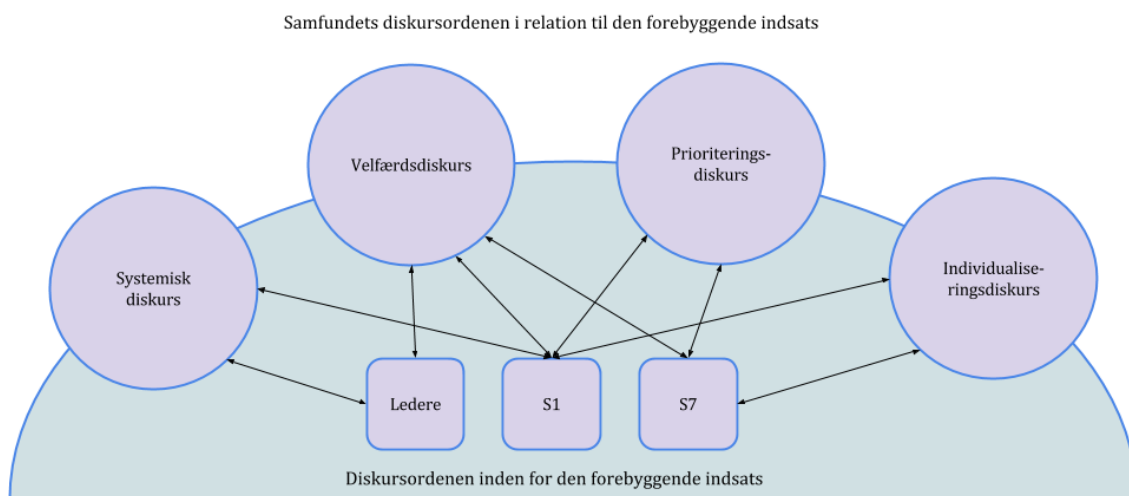
Som indledning til analysen introduceres, hvorledes analysen på tværs af aktørniveauer og cases er tilvejebragt. Ud fra den tværgående struktur og problemfeltets kompleksitet vurderes det, at der i analysen skabes overblik over konstruktionen af den forebyggende indsats ved at præsentere hvert aktørniveau særskilt. Omdrejningspunktet i analysen vil således være citater, der relaterer sig til diskurser, der sammen udgør den overvejende del af genstandsfeltets diskursorden. Citater fra dokumenter, fokusgruppeinterviews og feltnoter fremgår ordret, så analysen fremtræder transparent. Analysen af den tredimensionelle models tekstdimension og den diskursive praksis vil ikke fremstå adskilt. Dog vil det fremgå eksplicit gennem den begrebsmæssige præcisering, hvor de lingvistiske analyseredskaber anvendes på det tekstnære niveau, og analyse af interdiskursivitet vil fremstå af analysen af den diskursive praksis. Den sociale praksis analyseres ikke i dette egentlige analyseafsnit, men senere i diskussionen, da denne del hæver analysen til et forklarende og diskuterende niveau.

DEN DISKURSIVE KONSTRUKTION AF DEN FOREBYGGENDE INDSATS

Diskursordenen indenfor *den forebyggende indsats* udgøres overvejende af fire diskurstyper. De fire diskurstyper er en *systemisk diskurs*, en *individualiseringsdiskurs*, en *prioriteringsdiskurs* og en *velfærdsdiskurs*. En væsentlig indskydelse er, at disse blot var fire ud af mange diskurstyper, og at de dermed ikke er ekshausive for de diskurstyper, der indgår i konstruktionen af diskursordenen. Argumentationen for de udvalgte fremgår efter en uddybning af diskurstyperne.

Diskurstypernes relation til omkringliggende diskursordener er illustreret i **nedenstående figur 12**. Det skildres i analysens første del, hvorledes diskurstyperne kom til udtryk gennem aktørernes italesættelser. Det er en essentiel pointe ved Fairclough, at diskurstyperne indenfor et felt står i et dialektisk forhold til samfundets diskursorden. Forståelsen for diskurstyperne indenfor den forebyggende indsats vil derfor søges gennem inddragelse af samfundsrelaterede perspektiver i analysens anden del, hvor den sociale praksis diskuteres.

Figur 12 Diskurstyper indenfor genstandsfeltet



De fire diskurstyper står i et dialektisk forhold til samfundets diskursorden, hvilket vil blive eksemplificeret i diskussionen. Pilene angiver hvilke diskurser, der kom til syne gennem de forskellige aktørers italesættelser. Klinisk niveau er opdelt i de to cases, da det fremgik, at de ikke trak på samme kombination af diskurser.

Figur 12 viser hvilke diskurser, der blev identificeret blandt de forskellige aktører og afslører, at de ikke trak på de samme kombinationer, hvilket vil fremgå af analysen.

Indenfor *den systemiske diskurs* italesættes den forebyggende indsats som et fast struktureret system, hvor i alle patienter kan indgå. Eksempelvis ses det, at den forebyggende indsats tilrettelægges ud fra en opfattelse af, at indsatsens målgruppe udgøres af patienter, der har de samme behov, hvormed der ikke differentieres mellem personlige faktorer. Den systemiske diskurs konstitueres af en kvantitativ forskningstradition, som er kendetegnet ved dens fokus på videnskabelse ud fra generalisering (52). I diskurstypen anvendes sundhedsvæsenets magt i et fundamentalistisk øjemed til at definere, hvorledes de indlagte patienter bør agere ift. KRAM-faktorerne. Ideologisk betraget er diskursen positivistisk, da der kun udlægges én objektiv sandhed i form af én struktur til alle patienter. En moddiskurs til den systemiske diskurs er en *individualiseringsdiskurs*, hvor patienter italesættes som individuelle mennesker med forskellige muligheder og behov for forebyggelse af KRAM-risikofaktorer. Med denne diskurs italesættes et behov for individuel forebyggelse. En grundlæggende værdi indenfor diskursen er patientens autonomi og ret til selv at vælge, hvormed den fremstår neoliberalistisk i sin ideologi. I diskurstypen tillægges patienterne en magt til selvbestemmelse særligt ift., om de ønsker at indgå i interventioner. Den tredje diskurstype er en *prioriteringsdiskurs*. Det væsentlige i denne diskurstype er det kliniske niveau forprioritering af den psykiatriske behandling, fremfor screening og forebyggelse af KRAM-risikofaktorer. KRAM-forebyggelsen har fx haft den konsekvens, at

den psykiatriske behandling blev andenprioritet, hvilket ikke accepteres af personalet. Personalet har som de udførende agenter magt til at prioritere i hverdagen på de kliniske afsnit. Diskurstypen hænger til dels sammen med individualiseringsdiskursen, da en væsentlig del af prioriteringen er foretaget i hht. de enkelte patienters behov. *Velfærdsdiskursen* omhandler aktørernes italesættelser om det ansvar, samfundet og især sundhedsvæsenet har for at hjælpe sårbare individer. Der fremgår et ønske om lighed i samfundet, herunder befolkningens sundhed. Der er tale om en naturaliseret diskurs, hvor det tages for givet, at indlagte patienter med psykiatriske sygdomme skal hjælpes og modtage behandling. Eksempelvis er det doxa blandt feltets aktører, at sundhedsvæsenet som helhed har et ansvar for at yde sundhedsfremmende og forebyggende tiltag. Som det vil fremgå vil italesættelserne indenfor denne diskurs fremstå som ideologiske strømninger i kraft af en fundamentalistisk og paternalistisk tilgang til forebyggelse af KRAM-faktorer.

Valget om at fremhæve netop disse diskurser forankres i, at der ønskes kendskab til de diskurser, der viser sig som betydningsfulde ift. det bagvedliggende formål med indsatsen samt de diskurser, der medfører, at intentionerne bag indsatsen translateres, således at den forebyggende indsats ændrer form, når den udføres i praksis. De hegemoniske magtkampe mellem disse skal blotlægges, før det er muligt at give forslag til, hvorledes diskrepansen mellem det ledende niveau og det kliniske niveau kan mindskes.

ANALYSE

Aktørniveauerne er inddelt i hhv. de forskellige dokumenter på det ledende niveau samt afsnit S1 og S7 på klinisk niveau.

LEDENDE NIVEAU

Teksterne på det ledende niveau sættes i analysen ift. deres hierarkiske placering indenfor feltet, underforstået de forskellige afsenderes magt indenfor feltet. I analysen bliver der rettet specielt fokus på positioneringen af feltets individer, herunder hvorledes lederne italesætter patienter og personale, da det har betydning for forståelsen af, hvorfor dokumenterne rettet mod det udførende personale er produceret, som de er.

SIKKER PSYKIATRI

Sikker Psykiatri italesætter baggrunden for den forebyggende indsats, som det fremgår af nedenstående citat:

"Mennesker med alvorlig psykisk sygdom (herunder skizofreni, bipolar lidelse, skizoaffektiv lidelse og svær depression) lever gennemsnitligt 15-20 år kortere end den øvrige befolkning, og det vurderes at ca. 60 % af denne overdødelighed skyldes somatisk sygdom."
(18, s. 2, l. 22-25)

Lederne trækker via intertekstualitet på evidensbaseret viden i form af Kristian Wahlbecks forskning indenfor dødelighed i psykiatrien (2), hvormed kulturel kapital fungerer som argumentation for den forebyggende indsats. Den kulturelle kapital har en kvantitativ orientering og evidensbaseret retning, der positionerer mennesker med en alvorlig sygdom som én samlet gruppe, der alle rammes af en høj sygelighed og overdødelighed. Den evidensbaserede viden fremlægges først som et faktum, i kraft af den høje affinitet i præsensformen af verbet *lever*. Derimod ses en transitivitet i den passive brug af *det vurderes*, hvormed der ikke tages ansvar for påstanden om, at 60% af overdødeligheden skyldes somatisk sygdom. Med italesættelsen trækkes der på en systemisk diskurs, hvor den forebyggende indsats målrettes en homogen gruppe og dermed ikke mod individer med forskellige behov. I tråd med udtrykker følgende citat en delvis forklaring på den øgede sygelighed og dødelighed:

“Mennesker med alvorlig psykisk sygdom har en mere usund livsstil end den øvrige befolkning”

(18, s. 3, l. 22-23)

Her subjektiveres menneskene med høj affinitet som en samlet gruppe, der *har en mere usund livsstil*. Behovet anses således som almengyldigt for alle mennesker med alvorlig psykisk sygdom. I forlængelse heraf italesættes motivation, som værende aktuel blandt alle patienterne;

“Hvor der tidligere har været en opfattelse af, at det var meget svært – grænsende til umuligt – for mennesker med psykisk sygdom at opnå livsstilsændringer, ved vi nu, at disse mennesker er lige så motiverede som resten af befolkningen for at opnå en sundere livsstil”

(18, s. 3, l. 26-29)

Med den aktive italesættelse *vi ved* udtrykkes der høj sandhedsværdi i påstanden, der dog ikke fremgår med en direkte reference. Dog fremgår en udgivelse fra Vidensråd for Forebyggelse af referencelisten, hvori samme påstand fremgår på baggrund af Sundhedsprofildata (1). Der må således være tale om en interdiskursivitet til denne udgivelse.

PSYKIATRIPLAN 2015-2020

I Psykiatriplanen trækkes der ligeledes på evidensbaseret viden omhandlende patienternes høje overdødelighed og oversygelighed. Dette fremkommer af følgende citat, der består af to overskrifter med underliggende afsnit:

“Længere og bedre liv til mennesker med psykisk sygdom.

Høj overdødelighed og markant oversygelighed blandt mennesker med psykiske sygdomme er barske kendsgerninger, som vi ikke kan sidde overhørig. Der er brug for en massiv og flerstrengt indsats for at sikre mere lighed i sundhed.

Alarmerende fakta om overdødelighed og oversygelighed.

Patienter med f.eks. skizofreni og affektive sygdomme har oversygelighed af hjertesygdomme, infektionssygdomme, diabetes og overvægt. Jf. den nationale sundhedsprofil i 2010 har patienter med psykisk sygdom en betydelig højere livsstilsrisiko end almenbefolkningen. Denne markante overdødelighed skyldes en kombination af forskellige faktorer, blandt andet øget risiko for at få en kronisk fysisk sygdom, øget risiko for selvmord og bivirkninger af medicin”

(7, s. 49, l. 1-10)

Der argumenteres således for en højere sygelighed og dødelighed blandt personer med en psykiatrisk sygdom ud fra viden, der er skabt i forskningsregi. Aktørerne anvender adjektiver med høj affinitet til at forstærke substantiverne i italesættelserne *markant oversygelighed, barske kendsgerninger* og *alarmerende fakta*. Med dette henledes opmærksomheden på et alvorligt problem og det viser, at lederne tillægger den evidensbaserede viden en høj sandhedsværdi. Den generelle betragtning af personer med en psykiatrisk sygdom vidner desuden om, at Psykiatriplanen trækker på en systemisk diskurs, idet de betragter patienterne som én gruppe med samme risici. Der henvises netop til Den Nationale Sundhedsprofil (herefter Sundhedsprofilen), som er en spørgeskemabaseret undersøgelse udført af Statens Institut for Folkesundhed (86). Dette er en *intertekstuel kæde*, der behæftes med en konkret kilde ved *manifest intertekstualitet*, hvormed forskningsinstitutionen positioneres som en autoritet indenfor feltet med kulturel kapital i form af sundhedsfaglig viden. Institutionen er dermed med til at definere, hvorledes de ledende aktører bør prioritere indsatsen mod KRAM-*risikofaktorer*, idet den kulturelle kapital tillægges symbolsk kapital.

Foruden dette tillægges den forebyggende indsats også en målsætning og forventning om at kunne *sikre mere lighed i sundhed*. Dette afspejler, at ledelsen trækker på en velfærdsideologisk diskurs, hvor det er et mål i sig selv at skabe lighed i samfundet. Velfærdsdiskursen kommer ligeledes til udtryk i ledelsens ansvarstagen med det bestemte pronomen *vi* i sætningen *vi ikke kan sidde overhørig*. Det velfærdsideologiske perspektiv kan være et resultat af, at politikere dominerer ledernes praksis på baggrund af deres beslutningskompetence og magt til at afgøre, hvordan økonomiske midler skal fordeles. Lederne er således underlagt politikernes symbolske vold, idet politikernes økonomiske og kulturelle kapital, fremstår som symbolsk kapital.

Ledelsens velfærdsideologiske perspektiv kan afspejle en paternalistisk tilgang til forebyggelse, hvor patienten fratages sin autonomi som et udtryk for, at ledelsen opfatter, at lighed i samfundet skal prioriteres over patienters selvbestemmelse. Den paternalistiske tilgang kan være et svar på den sårbarhed, som lederne positionerer patienterne med:

“Det er en vigtig problemstilling, at psykisk syge patienters somatiske sygdomme langt fra altid bliver udredt, diagnosticeret og behandlet. Når det forholder sig sådan, kan det skyldes, at patienten ikke altid selv er opmærksom på eller finder overskud til at søge læge. Desuden viser undersøgelser, at patienter med psykiske sygdomme underbehandles for fysisk sygdom – samt at de oftere oplever fejl i behandlingen af den fysiske sygdom.”

(7, s. 49, l. 17-21)

Subjektivering ses i sætningen *patienten ikke altid selv er opmærksom på eller finder overskud til*, hvor sårbarhed anvendes som en legitim begrundelse for, at det ikke kan forventes, at patienten selv tager ansvar. Lederne påtager sig ikke ansvaret for underbehandlingen, da transitiviteten *underbehandles* er passiv. Endvidere italesættes det ikke som, at sundhedsvæsenet begår fejl, da det blot italesættes, at patienter *oplever fejl*. Denne passive sprogbrug lader ansvaret for underdiagnostik og behandling stå utydelig.

DE KLINISKE RETNINGSLINJER

Psykiatrilæden, som er afsender af Psykiatriplanen, står ligeledes bag de kliniske retningslinjer for KRAM-screening og intervention. I de kliniske retningslinjer trækkes på samme evidensbaserede viden, der er identificeret i de ovenstående dokumenter. Dette ses i nedenstående præsentation af problemstillingen, hvor KRAM-risikofaktorer sættes i relation til sygelighed og dødelighed:

“Fedme, undervægt, rygning, storforbrug af alkohol samt fysisk inaktivitet er associeret med kroniske livsstilssygdomme, [metabolisk, red.]¹⁹ syndrom, øget morbiditet og mortalitet. En styrkelse af forebyggelsen på sygehuset gennem tidlig opsporing og registrering af patientens risikofaktorer skal støtte psykiatriens sundhedspersonale i vurderingen af, hvilke patienter der har behov for en motiverende, forebyggende og sundhedsfremmende indsats i sygehusregi samt hvilke patienter som også har behov for opfølgning i almen praksis og evt. i hjemkommunen.”
(19, s. 1, l. 6-11)

KRAM-risikofaktorer italesættes som *associeret* med *morbiditet* og *mortalitet*. Sundhedspersonalet positioneres med verbet *støtte* som sundhedsfaglige aktører i et felt, hvor der er brug for styrkelse for, at opgaven kan løftes. Det fremgår ikke, om det er personalets kompetencer, der gør, at de har brug for støtte eller om det er grundet andre ikke-diskursive forhold, såsom områdets ressourcer eller organisationens struktur.

Positioneringen af det kliniske personale kan afspejle en magtrelation mellem ledere og sundhedspersonale, hvor lederne har magt til at definere sundhedspersonalets ageren. Dominansforholdet kan være præget af, at ledelsen i kraft af organisationens struktur besidder kulturel kapital i form af beslutningskompetence, og ledelsens mulighed for at udøve symbolsk vold derfor er øget.

¹⁹ I originalteksten står kroniske livsstilssygdomme syndrom, hvilket vurderes som en fejl i teksten. Indsat ord er specialegruppens bud på, hvad der muligvis skulle stå.

HANDLEPLANER

Forfatterne af handleplanerne er, ift. forfatterne af ovenstående dokumenter, positioneret lavere i hierarkiet indenfor det ledende niveau. I handleplanerne kommer betydningen af organisationens struktur og magtforhold netop til udtryk, da baggrunden for udførelse af den forebyggende indsats italesættes som en pligt. Dette er konstituerende for produktionen af teksten og dermed konstruktionen af den forebyggende indsats. Dette ses i citaterne fra de to handleplaner:

*“KRAM-screeningen skal opfylde målene for Projekt Sikker Psykiatri og
Den Danske Kvalitetsmodel.”*
(74, s. 1, l. 9-10)

*“Med baggrund i standard 2.14.1, 2.14.2, 2.16.2 og 2.16.3 i Den Danske Kvalitetsmodel og
den kliniske retningslinje KRAM- screening og KRAM- intervention arbejdes der i de enkelte
afsnit med implementering af screening og intervention ift. risikofaktorerne
kost, rygning, alkohol og motion.”*
(73, s. 1, l. 3-17)

Modalverbet *skal* viser, at handleplanen for S1 er produceret ud fra en målsætning om at opfylde mål dikteret af højerestående ledere. Knap så diktatorisk fremgår det af citatet fra S7's handleplan, da der mere passivt *arbejdes (...) med*. Den systemiske diskurs fremstår dermed tydeligere i S1's handleplan. S7 handleplanen indledes med, at teksten er produceret *med baggrund i* efterfulgt af en manifest intertekstualitet, hvor Den Danske Kvalitetsmodel og de kliniske retningslinjer fremhæves. Der ligger således strukturelle drivkræfter bag produktionen af handleplanerne, idet de to afsnit er pålagt den forebyggende indsats af aktører højere oppe i det organisatoriske hierarki og dermed underlagt deres magt. Der lægges således op til en reproduktion af de dokumenter, handleplanerne er produceret ud fra.

OPSAMLING PÅ DISKURSER PÅ DET LEDENDE NIVEAU

I dokumenterne trækkes særlig på en systemisk diskurs og en velfærdsdiskurs i den forstand, at den forebyggende indsats begrundes med, at patienterne udgøres af en homogen gruppe med øget dødelighed og sygelighed, samt at de har de samme behov for forebyggelse. Denne interdiskursivitet ses alle dokumenter på nær handleplanerne, som i højere grad italesætter den forebyggende indsats som en pligt.

KLINISK NIVEAU

Italesættelserne på det kliniske niveau viste både ligheder og forskelle i deres diskursive praksis på tværs af de to cases.

DET KLINISKE PERSONALE PÅ S1

I personalets italesættelser af baggrunden for den forebyggende indsats ses en interdiskursivitet i form af evidensbaseret viden:

Deltager E: *“Altså, man ved jo også, at de har en, en overdødelighed og dør 20 år tidligere end baggrundsbefolkningen.”*
(l. 60-61)

Interdiskursiviteten om overdødelighed kan være et udtryk for det kvantitative forskningsparadigme, hvilket stemmer overens med, at patienterne positioneres til én gruppe gennem pronomenet *de*. Personalets trækker således i denne italesættelse på den systemiske diskurs. Positioneringen af patienterne anvendes som en baggrund for indsatsen, hvormed der sættes en systemisk ramme omkring, hvorledes overdødelighed skal bekæmpes. Italesættelsen *man ved jo* viser, at den fremlagte evidens er en selvfølgelig viden indenfor sundhedspersonalets felt, hvormed evidens som baggrund for fagligheden fremstår som doxa.

Evidensens oprindelse er uvis, da der ikke er manifest intertekstualitet, men der refereres til viden fra Wahlbecks forskning, hvilket også kan være et udtryk for reproduktion af Sikker Psykiatri's italesættelser.

På opfordring af moderator italesætter personalet de udleverede kliniske retningslinjer og handleplanen.

Moderator: "Hvad tror I baggrunden er for de dokumenter? Altså det, det er jo nogen andre, der har lavet dem og givet dem til jer kan man sige.

Hvad tænker I, hvad tænker I om det?"

Deltager B: "Det er jo en standardisering, så det, man er sikker på alle får det samme øh..."

Deltager E: "De kommer fra Sundhedsstyrelsen, fordi at psykiatriske patienter har en overdødelighed, så derfor skal vi gøre noget ved det."

Flere deltagere: "Mmm.."

Deltager B: "Og også så man sikrer at alle får ...eller tilbydes."

Deltager C: "Ja"

Deltager A: "Sundhed for alle" eller "lige sundhedstilbud for alle"

(l. 309-323)

Moderatorens egen forforståelse kommer til udtryk i anvendelsen af adverbiet *altså* og transitiviteten at *nogen andre* har *lavet dem*. Udtalelsen fremhæver implicit den hierarkiske organisatoriske struktur og dermed ledernes magtposition. *Jo* og *derfor* demonstrerer personalets accept af dokumenterne og dermed også ledelsens magt, hvormed der er tale om en symbolsk vold, der hviler på, at ledelsens kulturelle kapital fremstår som symbolsk kapital. Den høje affinitet i deltager E's brug af modalverbet *skal* kan udtrykke personalets pligt ift. den hierarkiske orden, der grundet den symbolske vold opfattes som legitim.

Ved hjælp af subjektivering med pronomenet *vi*, positionerer personalet sig selv som en aktiv handlende aktør med ansvar for den forebyggende indsats. Indirekte passiviseres patienten som modtager af den forebyggende indsats, da det er personalet, der skal *gøre noget ved det*. Hvad personalet skal gøre, fremgår desuden som udefineret af det indefinitte pronomen *noget*, hvormed strukturen i den forebyggende indsats og således den systemiske diskurs, ikke er dominerende. Positioneringen af patienter som passive og personalet som aktive aktører afspejler, at personalet har en paternalistisk tilgang til den forebyggende indsats, hvor det i højere grad er personalet, der har viden om, hvad patienter har behov for.

Deltager E bruger manifest intertekstualitet i henvisningen til Sundhedsstyrelsen til at argumentere for, hvorfor man forebygger KRAM-risikofaktorer i psykiatrien²⁰. Med konjunktionen *fordi* sættes forebyggelsen af KRAM-risikofaktorer i relation til forebyggelse af sygelighed og dødelighed. Evidensbaseret viden fremstår som et faktum, der giver sandhed til forventningen om, at den forebyggende indsats bidrager til at nedsætte sygeligheden og

²⁰ Dokumenterne er ikke forfattet af Sundhedsstyrelsen, men italesættelsen ses som et udtryk for, at deltageren har tiltro til forskning, som autoriteter fremsætter som baggrund for indsatsen.

overdødeligheden. Denne italesættelse er konstitueret af den systemiske diskurs, da der implicit forventes, at alle patienter vil have samme gavn af den forebyggende indsats.

Deltager A's afrundende italesættelse kan være en intertekstualitet i form af WHO's strategi vedrørende *sundhed for alle*, der indeholder målsætninger for sundheden i de europæiske lande, og som således sætter dagsordenen for den sundhedspolitiske dagsorden (87). At sundhed skal være for alle er en kerneværdi i velfærdsstaten (27) og synliggør dermed den naturaliserede velfærdsdiskurs, hvor der er fokus på, at der med magt skal fordeles sundhed ligeligt mellem borgerne.

Prioritering

Da personalet italesætter implementering, kommer de ledende aktørers symbolske vold atter til udtryk:

Deltager E: *"vi har skulle implementere i forhold til det KRAM her. Og lige nu er vi måske i sådan en periode, hvor vi lige skal få det hele til at finde et leje, fordi, altså det skal selvfølgelig ikke forprioriteres for alt mulig andet, men det er lige så vigtigt som [...] den psykiske tilstand. Fordi der har også været noget med, at så arbejdede vi meget med at lave de her plejeplaner lige i forhold til KRAM, ik? Og så ikke endte det næsten med, at det eh, der kun stod plejeplaner på KRAM-faktorer"*

Deltager B: *"og man ikke kunne se, hvad de var indlagt med..."*

(l. 480-487)

Citatets første sætning afspejler en grad af manglende ejerskab for den forebyggende indsats. Italesættelsen afspejler, at deltageren distancerer sig fra KRAM gennem *det KRAM her*, hvormed det fremgår, at KRAM-forebyggelse ikke er en internaliseret del af deltagerens habitus. Den forebyggende indsats italesættes som en dynamisk praksis, hvor der skal *findes et leje*. Implementeringen anses således som noget, der skal tilpasses den øvrige praksis på afsnittet. Ved referencen til konsekvenserne med en tidligere forprioritering, skildres en historik i den forebyggende indsats, der konstitueres af en prioriteringsdiskurs, der således er under forandring. Personalet prioriterede således tidligere den forebyggende indsats i en grad, som de synes gik ud over patientens psykiatriske behandling. Dette er en praksis, der nu er under forandring. deltageren kobler dermed en holistisk forståelse på opfattelsen af implementering, hvilket synliggøres gennem interdiskursivitet i sætningen *fokus på det hele menneske* i nedenstående citat, som indlemmer indsatsen i et bio-psyko-socialt perspektiv, der omfatter samspillet mellem biologiske, psykologiske og sociale forhold (88).

Deltager E: *“Men men det er jo ikke fordi, det er jo fordi vi er i sådan en implementeringsfase, og fordi vi er altså, når man skal udføre noget nyt, så har man lige fokus på det, men jeg tænker da, det finder sådan et leje, så at man får fokus på det hele menneske.”*
(l. 488-490)

Det holistiske perspektiv kan være en diskurs med afsæt i personalets sygeplejefaglige habitus, hvor omsorg og et holistisk menneskesyn er doxa. Personalet udviser gennem italesættelserne bekymring om indsatsens potentielle konsekvenser for patienternes psykiatriske behandling og ønsker i stedet et leje, hvor både psyke og fysisk sundhed prioriteres. Personalets italesættelser indenfor prioriteringsdiskursen er således konstitueret af et sygeplejefagligt holistisk perspektiv. Dette kommer til udtryk gennem deres kreative sprogbrug, der vidner om, hvorledes personalet oversætter ledernes intentioner med den forebyggende indsats.

Den kommunikative begivenhed er i forlængelse heraf et udtryk for en individualiseringsdiskurs, hvor patienterne subjektiveres som mennesker og ikke en homogen gruppe.

Ovenstående bakkes op af et andet personale, der med metaforen *kunst* fremhæver det som en svær opgave at få den forebyggende indsats til ikke at fylde for meget:

Deltager A: *“Men.. men jeg tror den allerstørste kunst, det er simpelthen at få det til og ikke at fylde ret meget. Som [deltager B] siger, det kommer, altså det får meget fokus i vores hoveder, og i med der er meget fokus i vores hoved, så bliver det en sådan en måske lidt for tung genstand i forhold til de andre ting i forhold til [behandling af, red.] stemmehøringen og i forhold til hvordan vi bliver bedre og mere elegante til det, hvilket måske er vejen frem, ik? Så tror jeg da også at øh så kommer det måske til at virke mindre bombastisk på patienterne også.”*
(l. 539-544)

Stemmehøringen anvendes som metafor for den psykiatriske behandling med reference til, at stemmehøring kan være et behandlingskrævende symptom blandt nogle patienter. Det fremkommer dermed implicit, at den forebyggende indsats ikke må *fylde ret meget* ift. den psykiatriske behandling, hvilket understøttes i metaforen en *tung genstand*, der indikerer, at den forebyggende indsats kan fylde for meget. Med ønsket om at blive *mere elegante til det*, afspejles det, at indsatsen stadig skal være der, men ikke være *bombastisk*, som deltageren selv anvender som subjektsprædikat sidst i citatet. Modalverbet *tror* har lav affinitet og med hedges i italesættelserne *måske er vejen frem, ik?* og *Så tror jeg da også at øh*, udvises der

usikkerhed omkring, hvordan den forebyggende indsats bedst udføres, hvilket understreger prioriteringsdiskursens dynamik og aktuelle forandring.

Implicit i teksten ligger en forståelse af, at den forebyggende indsats må blive doxa, og indgå som en naturlig del af behandlingen i et bio-psyko-socialt perspektiv. I forlængelse af personalets eget ønske om at blive bedre ses der et behov for, at den forebyggende indsats nødvendigvis også må internaliseres i de dispositioner, der er indlejret i deres habitus, således det ikke er nødvendigt at foretage valg hver gang, den forebyggende indsats udføres.

INDIVIDRETTET FOREBYGGELSE

Personalet italesætter desuden et ønske om at forbedre deres konkrete kompetencer:

Deltager E: *“Jeg kunne godt forestille mig, at vi kunne blive bedre på den måde det, altså nu snakker jeg meget for mig selv også, men.. men at man får øvet sig mere i den der individuelle forebyggelse, altså, hvor man er mere individuel. Altså hvor vi, jeg ved godt vi hver især sidder og har alle de her motiverende samtaler i forhold til vores patienter og sådan noget men, fordi at, jeg tænker, at det her med KRAM psykoeducation i fælles forum og alt det der, det synes jeg, at den gruppe der er sat ned til det, de er enormt dygtige til det og sådan noget, men men hvor vi også prøver og dygtiggøre os i forhold til den individuelle forebyggelse så. Og have den der samtale med den overvægtige patient eller have den der samtale med den patient, der drikker for meget.”*

(I. 515-522)

Udtalelsen vidner om, at personalet ser vigtigheden i at have fokus på individuelle behov. Med udtalelserne *kunne blive bedre, får øvet* og *dygtiggøre* udtrykkes et udviklingspotentialer indenfor den forebyggende indsats og sundhedspersonalets egne kompetencer. Indsatsen italesættes ikke som noget der skal forandres, men snarere udvikles, da adverbiet i starten af sætning *også prøver og dygtiggøre os* leder tilbage til, at personalet er gode til udførelsen af den gruppebaserede del af den forebyggende indsats. Deltageren trækker på en individualiseringsdiskurs i positioneringen af patienterne som individer med differentierede behov. Dermed fremstår individrettet forebyggelse som doxa, men at personalets kompetencer indenfor individrettet forebyggelse ift. KRAM kan forbedres. Dette kan skyldes, at deres kulturelle kapital og habitus er bundet op omkring det psykiatriske felt. Den viden og faglighed de besidder, omfatter således i højere grad forebyggelse og behandling af psykiatriske sygdomme.

I forlængelse af dette italesatte personalet et udviklingspotentiale ift. registrering af de nuværende individuelle indsats:

Deltager C: *“men der er ikke noget, vi kan gå ind og krydse af på [når der er udført motionsvanesamtale].”*
(l. 381)

Til dette forklarer en anden deltager, at registrering af motionsvanesamtalen stadig er under udvikling i systemet, og personalet ytrer dermed forståelse for, at den forebyggende indsats er under udvikling.

PERSONALET SOM FORBILLEDER

Deltager D og B taler her om, hvordan de, gennem interaktion med patienterne, forsøger at være forbilleder ift. deres livsstilsadfærd. Det fremkommer løbende gennem interviewet fra flere deltagere, at udførelsen af interventionsdelen af den forebyggende indsats italesættes som den daglige interaktion, personalet har med patienterne under hverdagaktiviteter på afdelingen, såsom spisning og gåture.

Deltager D: *“Mm. Og vi, vi snakker også meget nemlig om mængden man kommer på sin tallerken og ikke bare hvordan man deler det ind. Altså hvad, hvad det er vigtigt de får mest af og mindst af og, øh ja, sådan en simpel ting som at drikke et par glas vand inden man spiser så man ligesom får fyldt lidt i maven [...] Ja, det er bare sådan nogle små ting, som..
Og vi spiser med patienten, så vi er jo også et forbillede for hvordan [...] ...skulle helst være.. På hvad mad man skal spise.. og mængden”*

Deltager B: *“Man kan også, altså, være med i selve det der, fx med at drikke en mundfuld vand og lægge bestikket...”*
(l. 167-170)

Italesættelserne *vi spiser med* og *være med* skildrer, at personalet er aktivt deltagende i deres interaktion med patienterne. Der henvises til empowerment i forbindelse med at udvikle patienternes handlefærdigheder målrettet en mindre risikofyldt livsstilsadfærd gennem konkrete adfærdsændringer.

Empowerment-tankegangen fremgik også af den observerede interaktion mellem patienter og personale under KRAM-undervisningen, hvor handlefærdigheder blev diskuteret ud fra patienternes erfaringer og viden:

Feltnote: *“Dernæst spørger personalet patienterne: “Er den nogen, der kan fortælle, hvorfor det er godt at motionere?” Dertil har patienterne forskellige svar. Her svarer en af patienterne, at “det er godt for os”. I dialogen og diskussionen patienter og personalet imellem taler de om, hvor meget man skal motionere, hvis man skal følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Her trækker sygeplejersken på Sundhedsstyrelsen. Der er forskellige meninger blandt patienterne om, om det er to gange ugentligt eller om det er en halv time dagligt.”*
(l. 7-13)

Personalet trækker på en manifest intertekstualitet ved at italesætte Sundhedsstyrelsens anbefalinger, hvorefter disse diskuteres. I diskussionen opstår en magtkamp i gruppen grundet forskellige translationer af anbefalingerne. Diskussionen afspejler forskellige forståelser for motionens intensitet, da en patient argumenterer for, at anbefalingerne opfyldes ved at gå over og handle to gange om ugen, hvilket afspejler en intertekstualitet til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for høj intensitet (89). Andre, herunder personalet, mener, at aktivitet på det niveau er det, Sundhedsstyrelsen anbefaler foretages min. 30 minutter om dagen. Med personalets kulturelle kapital, i form af faglig viden, har de magt udføre symbolsk vold, som af de fleste patienter accepteres som legitim. Dog ikke af alle, idet nogen stod ved deres translation. Personalet accepterede dette som eksempel på den autonomi, de tillægger patienten. Personalets fremlæggelse af anbefalinger fremstod således ikke som fundamentalistiske, men snarere som handlingsrettede forslag til patienterne. I undervisningen trækker personalet således på individualiseringsdiskursen, idet patienterne inddrages med deres erfaringer og tillægges autonomi.

DET KLINISKE PERSONALE PÅ S7

Baggrunden for den forebyggende indsats blev på S7 primært italesat som en pligt. Et eksempel herpå er denne deltagers italesættelse omkring baggrunden for den forebyggende indsats i forlængelse af, at de kliniske retningslinjer og handleplanen blev udleveret.

*Deltager 1: Det er vel et eller andet med at lave det.... Hvad hedder sådan noget.. Ikke genkendeligt, men det er jo noget som, tænker jeg, vi alle sammen skal gøre, det er jo derfor der ligger nogle retningslinjer man skal følge, for at det ikke bliver øst og vest svar og: Hvad er det nu jeg gør dér? Og jeg gør sådan her. Og så er der nogen, der gør sådan her og... Jeg gør ingenting og... Så jeg tænker da retningslinjerne og dokumenterne er der som et hjælpemiddel til, at det bliver sådan...
Hvad hedder det? Sådan, linje man følger, allesammen.”*
(l. 371-376)

Pligten fremgår af modalverbet *skal*, der anvendes to gange til at udtrykke høj affinitet. Deltageren initierer situationer, hvor personalemedlemmer gør forskellige ting, som billede for, hvad dokumenterne skal afhjælpe ved at skabe en *linje man følger*. Med pronomenet *man* subjektiveres personalegruppen som passive agenter med manglende ejerskab over den forebyggende indsats, fremfor hvis pronomenet *vi* var anvendt.

At personalet ser baggrunden for deres udførelse af den forebyggende indsats som en pligt blev bekræftet under observationen af KRAM-undervisningen. I feltnoterne gengives det, at personalet med egne ord afholdte undervisningen "*fordi vi skal*" (l. 17). Det fremgik dog af observationer på afsnittet, at personalet anser den fysiske sundhed som vigtig for patienternes psykiatriske behandling og derfor prioriteres gåture, hvilket også blev bekræftet i fokusgruppeinterviewet:

Deltager 2: "*(...) fordi vi jo har den [motionen, red.] som en del af
behandlingen med de her gåture.*"
(l. 280-281)

Det var i højere grad den strukturerede del af interventionen, personalet udtrykte manglende ejerskab over for, da hverdagsaktiviteter som fx gåturene, i højere grad blev anset som meningsfulde interventioner.

SÅRBARHED

Personalet trak i deres italesættelser på patienternes sårbarhed, som fremstod som afgørende for deres behov for den forebyggende indsats. Her blev behovet omtalt som størst blandt patienterne med længerevarende sygdom:

Deltager 3: "*Jamen jeg tænker lidt, det handler lidt om deres, øhh, det miljø de kommer fra, hvilken social baggrund de har haft og hvordan de også arbejdsmæssigt er stillet. Der er jo mange, vi ser, der rent faktisk ikke har et arbejde i mange år og er på kontanthjælp eller noget. Det har faktisk en del at så sige, hvordan de ligesom ser på deres egen fysiske tilstand, kontra dem der måske har et godt arbejde er meget bevidste omkring det. Meget sportslige, motion, spiser sundt og spiser op. Eller jeg oplever der er mange der har en anden kostform end fuldkost, det her med, at så spiser jeg ikke kød, så spiser jeg kun fisk, så spiser jeg kun kylling eller så spiser jeg kun bønner.*"
(l. 70-76)

Deltager 2: "*Men de kronisk syge, der er, det jo ikke engang deres egenomsorg, de kan varetage. De går jo ikke altid i bad og de her ting, så, så fordi cigaretterne eller chokoladen der vakler.*"
(l. 78-79)

Med den dobbelte brug af hedges i form af *lidt* udtrykker deltager 3 en grad af usikkerhed. Adverbiet *faktisk* er i modsætning med til at bekræfte, at patienternes sociale baggrund er forskellig og af betydning for patienternes opfattelse af deres fysiske helbred. De to udtryk hhv. nedtoner og fremhæver det, deltageren siger, hvor det faktiske tolkes som værende det, personalet selv har erfaring med. Dette fremgår af *Der er jo mange, vi ser, der rent faktisk*. Med italesættelsen om miljøets betydning bliver behovet for indsatsen et spørgsmål om patientens sociale kapital. Den sociale kapital sættes i relation til den kulturelle kapital, idet deltageren udtrykker, at patienternes opfattelse af deres fysiske sundhed er påvirket af det miljø, de lever i. Efterfølgende trækker personalet egne oplevelser frem eksplicit, hvor *jeg oplever* understreger den sandhed, deltageren tillægger udsagnet, hvori nogle patienter positioneres med kulturel kapital, der gør, at de selv tager ansvar, mens andre positioneres som sårbare, hvormed deres sociale og kulturelle kapital til at foretage livsstilsændringer er begrænset. I denne accept af patientens individualitet trækkes der i høj grad på individualiseringsdiskursen. Deltager 2 tilslutter sig perspektivet. Deltageren anvender adjektivet *kronisk* om de syge til at positionere disse patienter som mere sårbare end de ikke-kronisk syge. Positioneringen kan antyde en systemisk diskurs, men italesættelsen fremstod som et argument for, at patienterne havde differentierede behov, og dermed et udtryk for en individualiseringsdiskurs. Prioriteringsdiskursen kommer til udtryk gennem italesættelsen *ikke engang deres egenomsorg, de kan varetage*. Den manglende egenomsorg anvendes som et eksempel på patientens sårbarhed, der positioneres som en determinerende faktor for, om der skal prioriteres KRAM-forebyggelse.

PRIORITERING

Deltagerne italesatte gentagne gange, at patienterne i højere grad har behov for fokus på den psykiatriske behandling end på intervention. Det ses i følgende citat:

Deltager 3: "*Jeg kan ikke lade være med at tænke, når jeg tænker på den her prioritering af forebyggelsen, så tænker jeg okay, det er sygdommen så. At der er i fokus. På sin vis først at... Vi skal have behandlet den her psykiatriske diagnose og have fokus på forebyggelsen i den henseende. Jeg tænker ikke decideret på KRAM*"

(l. 132-135)

Adverbiet *så* viser, at personalet stiller sygdommen, forstået som den psykiatriske, og KRAM-forebyggelsen op mod hinanden i et spørgsmål om prioritering, hvor den psykiatriske behandling forprioriteres fx gennem udtrykket *På sin vis først at*. Italesættelsen skildrer,

hvorledes individualiseringsdiskursen og prioriteringsdiskursen begge står som moddiskurser til den systemiske diskurs.

Deltager 4: *“Tænker vi igen at derovre ved.... Altså med de kognitive... og efter som vi gør det når de bliver indlagt, det er der de som oftest har det dårligst og... så...”*

Deltager 1: *“Så kan de måske ikke tage så mange ting ind og egentlig ikke helt opfatter, at det faktisk er det vi snakker om.”*

(l. 398-401)

I ovenstående henvises der i sætningen *der de som oftest har det dårligst* til, at patienterne under indlæggelse er i en alvorlig tilstand, og at de derfor måske ikke er modtagelige eller motiverede for den forebyggende indsats. Stedsadverbiet *der* henviser til indlæggelsen, som i sætningen sammenkobles med den negative superlativ *dårligst*. Hermed ses en diskursiv praksis, hvor patientens kulturelle kapital anvendes som en argumentation for, at indlagte patienter ikke har kapital til at have fokus på KRAM-forebyggelse. Italesættelsen kan betyde, at personalet ikke ser den psykiatriske indlæggelse som den relevante kontekst at foretage KRAM-forebyggelse i. Dette bekræftes i nedenstående:

Deltager 4: *“[...] Jeg prøver nok den der rygesamtale med at sige til dem at, altså, I behøver jo ikke at stoppe herinde, I kan skære ned på.. på det, og så når I udskrives, så kan jeg henvise jer til rygestopkursus.”*

(l. 93-95)

Citatet indikerer, at personalet ikke forventer, at patienterne kan foretage store livsstilsændringer under indlæggelsen, men at de måske har lettere ved det efter udskrivelse. Udskrevne patienter positioneres som aktivt handlende, der selv agerer på en henvisning. Indlagte patienter positioneres således med en lavere grad af kulturel kapital end udskrevne patienter.

De forrige citater viste, at den psykiatriske behandling er første prioritet, hvormed intervention ikke er doxa. I nedenstående ses, at screeningsdelen i højere grad bliver prioriteret:

Moderator: *“Kan I prøve at diskutere, ømmm... hvor langt I er med og implementere indsatsen på afsnittet?”*

Deltager 1: *“Jeg vil da sige, vi er langt, for vi har gjort det i rigtig lang tid nu (...) så for os er det ikke sådan noget...”*

Deltager 4: *“det er bare en del af, en del af...”*

Deltager 3: *“...hvis der ikke lavet KRAM, så laver vi KRAM”*

(l. 379-384)

Konjunktionen *for* i citatet *Jeg vil da sige vi er langt, for vi har gjort det i rigtig lang tid nu* afspejler en opfattelse af, at indsatsen er implementeret, fordi de i en længere tidsperiode har udført den forebyggende indsats. Personalet reproducerer derfor ikke det ledende niveau positivistiske perspektiv mht., hvornår indsatsen er implementeret. Implementeringen konstitueres således af en ikke-diskursiv praksis i form af en tidsperiode, hvor den forebyggende indsats er blevet udført. Den videre argumentation for implementering er en skildring af, at screeningsdelen er blevet en del af deres habitus og er blevet doxa. Dette kommer til udtryk ved *det er bare en del af* og *hvis der ikke lavet KRAM, så laver vi KRAM*.

PATIENTENS AUTONOMI

Det fremgår løbende, at patienterne ofte vælger interventionen fra.

Moderator: *“Men der er også nogle forebyggende samtaler eller noget?”*

Deltager 3: *“Ja men det siger de jo mange gange, nogen gange nej til fordi de mangler overskuddet og så tænker jeg lidt, jamen det andet [Gruppeundervisning, red.] er obligatorisk at deltage i, det kan... Der skal de være.”*

(l. 217-219)

I citatet gøres det eksplicit, at patienter hyppigt fravælger interventionen. Frekvensen omtales i første omgang med høj affinitet *mange gange*, men nedtones efterfølgende til den lavere affinitet *nogen gange*. Nedtoningen kan være en markering af, at personalet har en opfattelse af, at det ikke bør være *mange gange* og muligvis forventer, at moderator og medmoderator billiger dette perspektiv. Objektet *overskud* anvendes gentagne under samtalen, som noget patienterne mangler og som noget, der legitimerer et fravalg. Dette ses

også af ovenstående, hvor personalet ved udtalelsen *og så tænker jeg lidt, jamen retfærdiggør et fravalg*, da der er en obligatorisk undervisning. Gruppeundervisning som erstatning for den forebyggende samtale kolliderer med individualiseringsdiskursen og personalets skildring af patienternes individuelle behov, hvortil det kan fremhæves, at italesættelsen blev opfattet af moderator og medmoderator som forankret i den pligt, personalet tillagde den forebyggende indsats og dermed ikke at personalet prioriterede gruppebaseret forebyggelse. Antagelsen bunder i nedenstående citat, hvoraf det fremgår, at personalet ikke tillægger gruppeundervisningen stor værdi:

Deltager 3: *"[...] Men det er mere når man sidder med dem inde i grupperummet og man for eksempel sidder og snakker om hvorfor man ikke skal ryge og hvorfor man ikke skal drikke. Og så tænker jeg, at det må være rigtig svært at være den der så ved, man har problematikken og så føle sig sårbar og ramt på en eller anden måde og så faktisk er tvunget til at skulle sidde og høre det måske, så er det bedre bare at høre det... hvis en af os bare havde taget og sagt at... for at få en snak om det her og ikke sidde og... dygtiggøre... For jeg tænker der er noget sårbart ved hvis man har nogle laster, som man ved ikke er hensigtsmæssige."*
(I. 206-212)

Personalet trækker igen på en individualiseringsdiskurs, hvor emnet stigmatisering implicit fremgår som et argument mod gruppeundervisning. Det fremgår, at der kan være dialog personale og patienter imellem i italesættelsen *sidder med dem inde [...] og snakker om*. Interaktionens magtforhold fremgår, da det kan antages, at personalet sætter dagsordenen, da der ifølge citatet tales ud fra et fundamentalistisk perspektiv, om *hvorfor man ikke skal ryge og drikke*, men samtidigt afspejlede stemningen, at der netop blev taget afstand til denne fundamentalisme, og det kun var en pligt, der blev opfyldt.

KOMPETENCER

Sundhedspersonalets rolle er ifølge dokumenterne at vejlede og motivere patienterne. Det fremgik under personalets interaktion, at det var forskelligt, hvordan de enkelte deltagere identificerede sig med denne rolle. Dette ses i følgende italesættelser:

Deltager 3: *"Der kan jeg godt være sådan lidt ambivalent, fordi det her med at man sidder og underviser i de her faktorer, både motion og alkohol og rygning og kost, at man falder jo selv i på nogen områder"*
(I. 194-198)

Deltager 1: ”Jeg tænker det er meget vigtigt for os at komme ind og være forstående for deres problematikker, i stedet for at være dem der ligesom skal komme med løsninger på, jamen så er det også bedre du begynder at spise efter det og det.. eller at du ikke ryger så meget. [...]”

Deltager 4: ”Så synes jeg faktisk... Eller så synes jeg faktisk det er nemmere når man selv har lidt på sidebenene, for så kan jeg... føre det på sig selv.. at at man ved godt, at det er ikke...”
(l. 239-244)

Deltager 3: ”Jeg tror, det er lidt ligesom os andre igen, at vi er alle sammen i samme båd med det her”
(l. 272)

Udtalelser fra deltager 3 viser, at vedkommende føler, rollen er *ambivalent*, og at de alle er i *samme båd* ses ikke som en fordel. Deltager 1 virkede mere fortrolig med rollen og fremhæver desuden sig selv som en erfaren underviser på et andet tidspunkt i samtalen. Deltageren anvender denne kulturelle kapital til at give de andre råd om, hvordan interventionen kunne udføres. Deltager 4 kunne se sig selv som et forbillede, i kraft af vedkommende *selv har lidt på sidebenene*.

Det ses således tydeligt, hvorledes personalets kulturelle kapital og habitus har en betydning ift. deres rolle som udførende agenter af den forebyggende indsats.

DOKUMENTATION

Det indledende indblik i afsnittenes registreringer vidnede om, at der ikke var foretaget interventioner i 2014 eller 2015. Under deltagerens samtaler fremgik det, at deres opfattelse af registreringsprocedurer er anderledes end de foreskrevne i retningslinjerne:

Deltager 4: ”Der står her [*i handleplan*] vi skal aflevere til vores sekretær [*navn*], med henblik på registrering. Men det... Vi registrerer det jo selv nu.“
(l. 347-348)

Der hersker endvidere tvivl om, hvorvidt KRAM-registreringsarket stadig videregives til sekretæren. Dette ses i deltagerens anvendelse af modaliteten *tror*:

Deltager 3: ”Jeg tror, vi kan sende det ned, så får de det alligevel, det her EDB stempel”
(l. 349)

EDB-stemplet bliver nævnt flere gange i samtalen, og der er en ironisk intonation over italesættelsen, der giver en opfattelse af, at de ser registreringen blot som proforma uden nogen egentlig betydning eller funktion. I uformelle samtaler med personalet efterfølgende fremgår det, at de ikke udfylder procedurekoder på KRAM-registreringsarket. Således har translation af registreringsprocedurer forandret den sociale praksis i relation til registrering på afsnittet.

OPSAMLING AF DISKURSER PÅ KLINISK NIVEAU

Screeningsdelen fremstod som doxa på begge afsnit, hvilket på S1 var i kraft af en systemisk diskurs, hvor det i højere grad på S7 var et spørgsmål om pligt indenfor velfærdsdiskursen. Det var i højere grad interventionsdelen, der udviste tegn på translation hvormed den forebyggende indsats er blevet forandret gennem prioriterings- og individualiseringsdiskurser. På begge sengeafsnit italesættes, hvordan den psykiatriske behandling prioriteres over den forebyggende indsats. Personalet på S1 fremhæver, at den forebyggende indsats har fyldt for meget og haft negative konsekvenser for den psykiatriske behandling. Man ønsker her at finde et leje, hvor begge dele kan forenes i en helhedsorienteret behandling. På S7 italesættes interventionsdelen som et tilbud til de patienter, der har motivation og overskud til det ved siden af den psykiatriske behandling. Det er således ikke doxa på afsnittet at have fokus på forebyggelsessamtaler, men indsatsen ligger som en ressource, der kan trækkes på ved behov. Begge afsnit italesætter problemer med registrering af indsatsen, hvilket på S7 har medført en forandring af registreringsprocedurerne.

SAMMENFATNING AF ANALYSEN

KRAM-screenings synes at være doxa ved alle aktører, men diskrepansen mellem aktørerne kommer til udtryk i deres italesættelser vedrørende intervention. Denne del har i højere grad vundet indpas på S1 sammenlignet med S7. Dette fremgik ligeledes i den kvantitative analyse, hvor S1 i højere grad end S7 lever op til ledelsens kvalitetsmål ift. intervention.

Både ledere og S1 trækker på en systemisk diskurs, hvor den forebyggende indsats italesættes som en struktur, der kan forenes med den psykiatriske behandling i alle behandlingsforløb. S1 adskiller sig ved, at diskursen indgår i et interdiskursivt mix med individualiserings- og prioriteringsdiskurserne, hvormed de kun delvist anerkender den systemiske tænkning. På S7 er den forebyggende indsats og psykiatriske behandling mere

adskilt end blandt ledere og på S1, men begge afsnit fokuserer på, at den psykiatriske behandling er det væsentligste. S1 ytrer behov for mere individrettet intervention og er i deres hverdag orienterede mod at integrere sunde vaner blandt patienterne, bl.a. ved at agere som forbilleder. Klinikerne trak på individualiseringsdiskursen og positionerede patienterne som havende individuelle behov, modsat ledernes italesættelser indenfor den systemiske diskurs, der modsat positionerede patienterne som en gruppe med samme behov.

KAPITEL 10

DISKUSSION AF DEN SOCIALE
PRAKSIS

DISKUSSION AF DEN SOCIALE PRAKSIS

Diskussionen tager udgangspunkt i den tredje dimension af den tredimensionelle model, hvor diskursive og ikke-diskursive praksisser sættes i relation til den bredere sociale praksis. Organisatoriske og samfundsmæssige magtrelationers og diskursers betydning for den sociale struktur inden for den forebyggende indsats diskuteres med henblik på at identificere, hvorledes disse strukturer har betydning for diskurserne og således også den sociale praksis. Diskussionen tager udgangspunkt i translationsperspektivet med henblik på at forklare den mangel på sammenhæng mellem italesættelserne på de to aktørniveauer, der fremgik af både den kvantitative analyse og diskursanalysen.

SAMMENHÆNGEN MELLEM INTENTIONER OG UDFØRELSE

Velfærdsdiskursen fremgik som naturaliseret, da alle aktører italesatte sundhedsvæsenets ansvar for at tage hånd om patienternes behov som doxa. Diskursen er således forankret i en bagvedliggende paternalistisk ideologi, hvor sundhed er et samfundsanliggende og ikke kun er patientens eget ansvar.

Ledernes position i hierarkiet, som dem der sætter rammerne for det kliniske personales arbejde, medfører, at den systemiske diskurs dominerer og bidrager til at opretholde ledernes repræsentationer af virkeligheden. Dog er den systemiske diskurs ikke naturaliseret i diskursordenen, da klinikerne kun delvist trækker på den systemiske diskurs i deres italesættelser. Dette ses gennem diskursive handlinger i form af KRAM-screening på begge afsnit. Den del fremstod som doxa, men den kvantitative analyse foreslog, at dette ikke er ensbetydende med udførelse, da mange KRAM-screeninger ikke var fuldt udførte. Dette kan være et led i personalets forforståelser under screening, hvor der muligvis ikke screenes for overvægt, hvis dette øjensynligt ikke er fremtrædende. Dette skal dog stadig dokumenteres. Diskussionen vil primært omhandle interventionsdelen, da denne del særligt fremtrådte som et produkt af personalets translation, og da den kvantitative analyse viste, at sammenhængen her var mest begrænset. Ledernes intentioner med interventionsdelen reproduceres ikke fuldt ud på klinisk niveau, da personalet ikke accepterer den struktur, der lægges ned over patienter og personale i interventionsdelen. I kraft af modstanden mod den systemiske diskurs' fundamentalistiske ideologi står individualiserings- og prioriteringsdiskurserne som moddiskurser hertil. Personalet oversætter i højere grad den forebyggende indsats ud fra en neoliberal ideologi, hvor individet tillægges autoritet. Denne ideologiske og diskursive magtkamp kan bidrage til at forklare, hvorfor der ikke er

sammenhæng i forståelserne for den forebyggende indsats, da den sociale praksis i forbindelse med interventioner og dokumentation ændres i kraft af, at individualiserings- og prioriteringsdiskurserne dominerer indenfor diskursordenen.

DEN PSYKIATRISKE BEHANDLING ER FØRSTEPRIORITET

Den kvantitative analyse viste, at der registreres færre interventioner på S7 sammenlignet med S1, hvilket de identificerede diskurser bidrager til en forståelse af. S7 adskiller sig fra S1 ved, at den systemiske diskurs ikke dominerer i den diskursive praksis, hvorfor personalet ikke reproducerer ledernes systemiske tænkning. S7's italesættelser af patienternes sårbarhed og manglende overskud under indlæggelse viste derimod, at individualiserings- og prioriteringsdiskurserne dominerer i en hegemonisk kamp med den systemiske diskurs. Det er dermed ikke sagt, at personalet ikke anser fysisk sundhed som væsentlig for patientens psykiatriske behandling, da personalet prioriterer daglige gåture med patienterne og desuden har investeret i motionsudstyr. Prioriteringsdiskursen konstituerer og konstitueres af, at behandlingen af den psykiatriske sygdom i højere grad indgår i dispositionerne i personalets habitus. Det er i tråd med, at det er denne, patienten er indlagt med og således personalets primære opgave. Endvidere kan personalets sociale praksis være konstitueret af anden ikke-diskursiv praksis i form af sundhedsvæsenets struktur, hvor somatik og psykiatri er adskilte specialer. Dette opdelt syn på behandlingen medfører, at den strukturerede del af interventionsdelen, særligt de forebyggende samtaler, ikke indgår som naturlig del i den psykiatriske behandling. I handleplanen for S7 beskrives udførelsen af den forebyggende indsats passivt som noget der *arbejdes (...) med* og dermed ikke direkte som personalets pligt. Det er derfor paradoksalt, at netop S7 personalet italesatte den forebyggende indsats som en pligt. Dette kan muligvis skyldes deres manglende ejerskabsfølelse over indsatsen, der blev vist i analysen.

I handleplanen for S1 fremgår udførelsen derimod som en pligt og doxa, hvilket fremgår som adapteret af personalet. Personalet forprioriterede også den psykiatriske behandling, men trak også på en systemisk diskurs, da intervention fremgik som doxa i alle behandlingsforløb, og personalet italesatte denne som obligatorisk. Dette afspejler, at S1 personalet ser interventionen som relevant for alle og som både primær, sekundær og tertiær forebyggelse. Et argument for at indtage denne fundamentalistiske position vil være, at frivilligt indlagte underlægger sig personalets ansvar og dermed accepterer personalets magt til at træffe beslutninger ift. behandlingen af deres psykiatriske sygdom.

I de kliniske retningslinjer og ved Sikker Psykiatri²¹ fremstår intervention som et tilbud til patienten. Således har Enhed for Sundhedsfremme, der er forfatterne af handleplanen for S1, vha. kreativ sprogbrug og translation, faciliteret, at personalet translaterer, således at den systemiske diskurs forandres og bliver mere fundamentalistisk. Personalets translation indikerer en større ejerskabsfølelse og forståelse for handleplanen frem for de kliniske retningslinjer.

Personalet omsætter dermed Enhed for Sundhedsfremmes intentioner i handleplanen i praksis ved, at de underkaster sig disse ledes symbolske vold og reproducerer dominansforholdet mellem det ledende niveau og det kliniske niveau. Dog ændrer strukturen form, da den systemiske diskurs ikke er alt-dominerende på afsnittet.

PRIORITERING I EN BREDERE SOCIAL PRAKSIS

Behov for prioritering indenfor psykiatrien er også en fænomen i den bredere sociale praksis. I evalueringen af en pilottest af KRAM-screening og -forebyggelse i somatikken og psykiatrien i Region Nordjylland og Region Midt fra 2010 foreslog de afsnitsledende aktører indenfor psykiatrien:

“at screeningen ikke implementeres som obligatorisk i hele psykiatrien i regionen. Begrundelsen er, at selv om livsstil er vigtig, bør det være den psykiske sygdom, der er i fokus.”
(90, s. 21).

Ligeledes foreslog personalet:

“at brugen af screening ikke implementeres som obligatorisk, så den kun gennemføres, når det er relevant; herunder anbefales det at overveje, om screening bedre vil kunne understøttes i eget hjem eller i sociale sammenhænge som fx socialpsykiatrien.”
(90, s. 21)

I citaterne fremstår KRAM-screening ikke som doxa blandt aktørerne, muligvis fordi fokus på KRAM på daværende tidspunkt var nyt i psykiatrien og således ikke indgik i disse aktørers habitus. Første citat ytrer desuden et behov for prioritering, hvilket ses i italesættelsen *ikke (...) i hele psykiatrien*. Citaterne tyder på en diskursændring indenfor det psykiatriske felt. Dette ses ved, at screeningsdelen i den forebyggende indsats i Klinik Syd er blevet doxa

²¹ Ved Sikker Psykiatri forventes det dog, at personalet motiverer patienterne til deltagelse.

inden for genstandsfeltet, hvilken den ikke altid har været i den bredere sociale praksis. Resultaterne fra den kvantitative analyse tyder på, at der endnu ikke var en stabil opnåelse af kvalitetsmålene indenfor screeningsdelen, trods det er doxa. I forlængelse af dette viser ovenstående evaluering også, at individualiseringsdiskursen dengang var dominerende i denne personalegruppes forståelse for forebyggelse af KRAM-risikofaktorer, hvorfor denne diskurs gennem længere tid har været en del af den af sociale praksis.

I det nederste citat fremgår endvidere en indikation på, at forebyggelse ikke er behandlingspsykiatriens og herunder regionens ansvar. Dette perspektiv medtages i kapitel 14.

IMPLEMENTERINGEN AF DEN FOREBYGGENDE INDSATS

Det ledende niveau var præget af en policy tankegang, hvor det fremstår som doxa, at indsatsen implementeres i dens oprindelige form. Dette kom til udtryk indenfor den systemiske diskurs, hvor den forebyggende indsats blev italesat som en fast struktur. Freeman anfægter denne policy tankegang, da han advokerer for, at en politik, her de kliniske retningslinjer, aldrig implementeres i dens oprindelige form (43,44,61). Personalet taler om implementering som noget, der skal finde et leje og noget der skal være stabilt over tid. Det italesættes ikke indenfor en positivistisk ideologi, hvor kvantitative målinger accepteres som en objektiv sandhed.

I kraft af denne forståelse har personalet magt til at forandre den forebyggende indsats i kraft af deres kulturelle kapital. Analysen viste eksempelvis, at personalet i højere grad tillægger hverdagsaktiviteter værdi frem for fx forebyggelsessamtaler. Personalets konstruktioner af interventionsdelen diskuteres særskilt i det følgende.

S1 PERSONALET'S UDVIKLING AF DEN FOREBYGGENDE INDSATS

Personales translation af ledernes intentioner blev konstitueret af flere diskurser, hvormed personalet konstruerede en forebyggende indsats, der for dem var håndgribelig og relevant. Oprettelse af modtagefunktionen, hvor screening udføres og intervention planlægges, afspejler en social praksis konstitueret af den systematiske diskurs. Den kvantitative analyse i samspil med den kvalitative analyse tyder på, at dette personaleudviklede tiltag på S1 har medført, at omfanget af KRAM-screening og intervention er øget i projektperioden. Prioriterings- og individualiseringsdiskurserne konstitueres endvidere af en praksis, hvor personalet italesætter hverdagsaktiviteter som en primær del af interventionen, hvilket på S1 synes at fungere gennem personalets ageren som forbilleder. Dette fremgik som en del af

deres habitus og doxa, hvilket bidrager til, at formålet med den forebyggende indsats fremstår meningsfuld for dem. Dette kan muligvis fordre, at patienter motiveres til at deltage i interventioner. Et studie af Forsberg et al., baseret på interviews af personer med bl.a. skizofreni, bipolar lidelser og andre psykosesygdomme, fandt, at personalets deltagelse i livsstilsorienterede interventioner medførte, at patienterne følte sig værdifulde og ligeværdige med personalet, hvilket blev vurderet som værende gavnligt for deres recoveryproces²² (26). En forklaring herpå kan være, at personalet bruger deres sociale og kulturelle kapital i interaktionen med patienten, hvilket af patienterne anses som værdifuldt og derfor omsættes til symbolsk kapital. Patienternes opfattelse af dem selv som ligeværdige og værdifulde kan muligvis gavne deres sociale og kulturelle kapital, og som det fremgår af analysen anser personalet disse to kapitaler som væsentlige for, at patienter kan gennemføre livsstilsændringer. I forlængelse af dette kan S1 personalets ejerskab over rollen som forbilleder være en forklaring på, hvorfor de ikke italesætter patienter, der modsætter sig interventioner. I relation til dette har et dansk randomiseret studie vist, at interventioner med personalet som forbilleder kan have betydning for patienternes opnåelse af sundhedsgevinster (91). En interventions- og en kontrolgruppe blev fulgt i 12 måneder. I interventionsgruppen afholdt personalet motiverende samtaler med patienterne og udarbejdede handlingsrettede planer for ændring af livsstilsvaner sammen med patienten. Patienterne i interventionsgruppen opnåede ikke en signifikant reduktion i taljemål, hvilket omvendt var steget signifikant i kontrolgruppen. S1 personalets interaktion under hverdagsaktiviteter med patienterne kan således have betydning for, at patienterne ikke forværrer risikoen for somatiske sygdomme og eventuelt mindsker den. Populationerne i Forsberg et al. og Hjorth et al. boede i beskyttede boliger med tilknyttet plejepersonale, hvormed de angiveligt ikke oplevede aktuel forværring i deres psykiatriske sygdom, hvilket er årsagen til indlæggelse. Der kan dog argumenteres for, at fundene i studierne er overførbare, da indlagte også kan have behov for en øget social og kulturel kapital i forbindelse med livsstilsændringer, hvorfor personalet ikke reproducerer ledernes systemiske tænkning. Således kan personalets aktive deltagelse i aktiviteter med patienter på afsnittet have betydning for patienternes selvværd og muligvis recovery.

²² Recovery betyder *at komme sig*. Recovery betyder ikke, at personen bliver symptomfri, men opnår evnen til at håndtere symptomer (30).

S7 PERSONALETS FORANDRING AF DEN FOREBYGGENDE INDSATS

Nogle personalemedlemmer på S7 udtrykte ambivalens i rollen som forbillede, hvorfor denne rolle ikke kan forventes at være en internaliseret del af alle personalemedlemmers habitus. Habitus kan dermed konstituere, at S7 ikke i lige så høj grad som S1 lader sig underkaste ledelsens magt. Interventionsdelen opnår således ikke samme ejerskab og meningsfuldhed ved alle personalemedlemmer. S7's positionering af patienten med en lav social og kulturel kapital fremstår som symbolsk kapital blandt personalet, da det konstituerer prioriterings- og individualiseringsdiskurserne. Behandlingen af den psykiatriske tilstand forprioriteres således, og personalet opfatter det dermed som legitimt ikke at fokusere på KRAM.

Ledernes accept af fravalg i registreringsprocedurerne giver patienten autonomi til at sige nej, men i kraft af den ideologiske fundamentalisme indenfor den systemiske diskurs afspejles, at patienterne ikke bedst ved, hvad de har brug for. Dette ses ved, at personalet tillægges en rolle, hvor de skal motivere til deltagelse, hvis patienten ønsker at fravælge (7,18). Da fundamentalismen ikke er en del af S7 personalets ideologi, translateres ledernes intentioner til, at personalet ikke forholder sig kritisk til patientens fravalg. Det er derfor ikke personalets habitus at motivere patienten, hvilket er konstituerende for deres konstruktion af den forebyggende indsats.

I et casestudie undersøger Prebble et al. to retspsykiatriske afsnit med to forskellige forebyggelsesprogrammer med fokus på kost og fysisk aktivitet (92). På det ene afsnit er forebyggelsen en struktureret og obligatorisk indsats, som konstruktionen på S1 og på det andet er forebyggelsen et tilbud, som konstruktionen på S7. Prebble et al. erfarede, at nogle personalemedlemmer havde svært ved at tage ny viden til sig og at udvikle deres sygeplejeroller til *functional role models for physical well-being* (92, s. 138). Personalemedlemmerne havde dog nemmere ved dette over tid, hvilket kan være et produkt af, at deres habitus med tiden forandres af feltet. S7 personalet positionerede sig selv som *i samme båd* som patienterne mht. deres livsstil, hvilket indikerer, at de indgår i et felt, der konstituerer denne adfærd. I kraft af den hierarkiske struktur i sundhedsvæsenet kan det anfægtes, at lederne anvender deres legitime magt til at pålægge personalet at indtage en position, som ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med deres dispositioner i deres habitus. Miljøets betydning for dispositioner i habitus bekræftes af S1 personalet, der fremstod som individer i et felt, hvor sund livsstil, i en fundamentalistisk forstand, var doxa. Dermed kan personalets habitus i forbindelse med positionen som forbillede have betydning for reproduktionen af ledernes intentioner.

Endvidere kom den manglende sammenhæng mellem ledelsen og personalets forståelse for den forebyggende indsats også til udtryk i ledernes intentioner med dokumentation og registreringsprocedurer på S7. Det fremgik, at det ikke var doxa at registrere procedurekoder, således interventioner fremgik af PAS. Dette modvirker ledelsens mulighed for at foretage valide analyser af PAS-registreringer, da de ikke måler på omfanget af intervention. Dette er endvidere problematisk, da personalet foretager hverdagsaktiviteter, der ikke indgår i registreringerne, da der er tale om to forskellige konstruktioner af intervention. Derfor kan det generelt fremstå uhensigtsmæssigt, at ledere anvender kvalitetsmål og procedurekoder som målestok for personalets succes.

Den diskursive forandring, som registreringsproceduren har været under, kan skyldes, at de ikke kender til ledelsens habitus, hvor de kvantitative analyser er en indlejret del. Ledelsen tager for givet, at der registreres, hvormed forskellige doxa forårsager diskrepans i registreringerne.

ET EVIDENSBASERET SAMFUND

Politiske aktører har i kraft af deres magt som lovgivende høj kulturel kapital. Disse er samtidig de økonomiske magthavere, der fordeler økonomiske ressourcer, hvormed de står stærkt i deres økonomiske kapital. Samlet giver det politikerne en symbolsk kapital, der kan være medvirkende til, at det ledende niveau adapterer den systemiske diskurs. Susan M. Hodgson & Zoe Irving italesætter i deres bog om politiske processer, at politik i de seneste 10-15 år er blevet tiltagende mere evidensbaseret. De problematiserer en generel opfattelse af evidensbaseret viden som den objektive og rationelle sandhed, og at en politik bliver det sande mål, når politik bygger på og drives af forskningsbaseret viden (93). Da politikere ikke kan forventes at være i besiddelse af en kulturel kapital, der muliggør en position til at vurdere evidens indenfor psykiatrien, kan det synes sandsynligt, at evidens indenfor politik er et udtryk for politisk resonans. Omvendt er lederne som en del af det psykiatriske felt i besiddelse af en kulturel kapital, de kan anvende til at inddrage evidens i deres diskursive praksisser. Den systemiske diskurs kan således være konstitueret af diskursive praksisser på både politisk og ledende niveau.

I relation til den forebyggende indsats er brugen af evidensbaseret viden problematisk, da den anvendte evidens er svært overførbart til den patientgruppe, som de kliniske retningslinjer retter sig imod. Uden at forholde sig kritisk translaterer ledere viden omhandlende sundhedsprofildeltagere med selvvrurderet psykisk sygdom til viden om

patienter, der er i psykiatrisk behandling. På baggrund heraf antager lederne, at patienterne er motiverede til at ændre deres livsstil, der er karakteriseret som værende usund i et fundamentalistisk perspektiv. Tidligere studier peger på en lavere dødelighed blandt personer, der besvarer spørgeskemaer sammenlignet med personer, der ikke besvarer (94,95). Dermed er det tvivlsomt, om resultater fra Sundhedsprofilen kan overføres til den population, indsatsen rettes mod, da lederne positionerer målgruppen med en overdødelighed. Intertekstualiteten til Sundhedsprofilen kan være et udtryk for det faktum, at der mangler mere specifik evidens på området. De diskursive praksisser på klinisk niveau afspejlede, at det langt fra var alle patienter, der, ifølge personalet, var motiverede.

Brugen af evidens viser således, hvilken konsekvens translation kan have. For lederne er det doxa at anvende evidensbaseret viden frem for lægmandsperspektiver fra patienterne eller erfaringsbaseret viden, som personalet er i besiddelse af. Inddragelse af disse kunne muligvis have argumenteret imod konstruktionen af den forebyggende indsats eller have konstrueret den anderledes og medført større sammenhæng mellem niveauerne.

EVIDENSENS MAGT

Som diskuteret i problemanalysen er KRAM-faktorerne et sundhedspolitisk produkt. I et diskursanalytisk perspektiv har KRAM skabt nye diskurser i samfundet, hvor det i samspil med andre konstruktioner, fx BMI-måling, kategoriserer kroppe som *normale* og *unormale*. Bag dette ligger en grundlæggende ideologisk drivkraft i sundhedsvæsenet om at hjælpe dem, der ikke kan varetage det *unormale*, således at disse ledes mod det normale, som er normativt indenfor fundamentalismen. Denne tænkning er med til, at den sociale praksis som helhed trækker på en velfærdsdiskurs, når det kommer til at yde omsorg for patienter, hvilket fremstod som doxa blandt aktørerne på både det ledende og kliniske niveau. Dette perspektiv kommer også til udtryk i den systemiske diskurs, hvor alle aktører trækker på evidensbaseret viden med det resultat, at Sundhedsstyrelsen, Wahlbeck og Statens Institut for Folkesundhed positioneres som eksperter. Interdiskursiviteten indenfor feltet viser, hvorledes eksperter har magt til at skabe diskurser eller forandre diskurser indenfor det psykiatriske felt i kraft af, at den kulturelle kapital i form af evidensbaseret viden fremstår som symbolsk kapital blandt ledere og klinikere.

Ledernes diskursive praksis reproduceres på S1 gennem deres interdiskursive italesættelser vedrørende evidens. Den systemiske diskurs fremstår dog knap så ideologisk på S1 som på det ledende niveau, da italesættelserne i mindre grad fremstår som fundamentalistiske strømninger, men i højere grad som velfærdsideologiske. På S7 indgik evidens ikke i

italesættelserne af den diskursive praksis under fokusgruppeinterviewet, men under observationen fremgik det, at personalet anvendte evidens i KRAM-undervisningen i form af Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Dette var således en anden end den, lederne italesatte. I sygeplejefaget har der i mange år været modstand mod den magt, den positivistiske forskning har i faget. Modstandere argumenterer for, at fænomenologiske, poststrukturalistiske og andre kvalitative tilgange er nødvendige for at indfange *det særlige ved "naturen"* i det, der udføres i den kliniske praksis (96, s. 126).

Det er således muligt, at der kan skabes bedre sammenhæng mellem ledere og klinikere, hvis der blev inddraget mere sygeplejefaglig viden i diskurserne.

EVIDENSEN FJERNER FOKUS FRA INDIVIDET

Positionering af patienterne som én gruppe i den systemiske diskurs kan ses som værende en mulig konsekvens af et omgivende evidensbaseret sundhedsvæsen. Implementering af evidensbaseret viden i den kliniske praksis kan ifølge kritikere medføre, at klinikerens ledes mod at blive ekspertorienteret, og at det fjerner klinikerens og patientens indflydelse, *fordi fokus i den kliniske behandling flyttes fra dialogen og omsorgen med patienten og pårørende mod vidensfeltet og den internationale og universelle teknologiudvikling* (97, s. 280). Ifølge Lone Thing medfører dette en form for regulering, hvor *patienten styres mod gruppen og standarden* (97, s. 280), hvilket netop kom til udtryk i den systemiske diskurs. Personalets italesættelser inden for individualiseringsdiskursen falder i tråd med ovenstående kritik, da det netop var personalet, der italesatte behovet for individualisme. Indenfor prioriteringsdiskursen italesætter personalet endvidere et behov for at foretage faglige vurderinger ift. patienternes overskud, motivation og autonomi og dermed flytte den kliniske behandling *mod dialogen og omsorgen*. Særligt på S7 udtrykker personalet manglende ejerskab for den forebyggende indsats, hvilket kan skyldes afstandstagen fra det fundamentalistiske perspektiv.

OPSAMLING

Velfærdsdiskursen fremstår som naturaliseret indenfor diskursordenen og konstituerer dermed de sociale praksisser indenfor den forebyggende indsats. Patienternes psykiatriske behandling prioriteres over den forebyggende indsats på begge afsnit. Dette kan forklares med, at den psykiatriske behandling er doxa og indgår i personalets habitus, som et produkt af den sociale praksis inden for sundhedsvæsenet, og ved at individualiserings- og prioriteringsdiskurserne har en dominerende magt over den systemiske diskurs. Denne

hegemoniske kamp medfører, at konstruktionen af den forebyggende indsats ændrer form. Samfundets fokus på evidensbaseret viden i sundhedspolitikker generelt kan kritiseres for at fjerne fokus fra patienten, hvilket falder i tråd med, at klinikerne trækker på individualiserings- og prioriteringsdiskurserne i deres konstituering af den forebyggende indsats. Der er flere muligheder for at forandre den sociale praksis indenfor feltet, da mangel på sammenhæng kan skyldes hegemoniske kampe, som kan påvirkes ved det, Fairclough kalder kreativt sprogbrug. Ved kreativt sprogbrug kan aktørerne anvende bevidstheden om de øvrige diskurser indenfor feltet til at forandre det (45).

KAPITEL 11

DISKUSSION AF SPECIALETS
RAMMER

DISKUSSION AF SPECIALETS RAMMER

Den teoretiske ramme udgjort af Fairclough, Freeman og Bourdieu har bidraget til at udvide specialegruppens forståelseshorisont og muliggjort en distancering til feltet, således at nye perspektiver og erkendelser kunne opstå. Med valget om en teoretisk ramme følger også en naturlig afgrænsning af undersøgelsen og således en begrænset forståelseshorisont, idet de teoretiske perspektiver betinger, hvad det er muligt at belyse.

Teoriernes bidrag og begrænsninger diskuteres i de følgende afsnit. Men først diskuteres specialets socialkonstruktionistiske perspektiv.

RELATIVISME OG EKSISTENS

Et væsentligt hjørne i refleksionen over socialkonstruktionismen og diskursanalysen er spørgsmålet om *relativisme*. Det relativistiske udgangspunkt kan klandres for, at det medfører en risiko for en position, hvorfra alle regelmæssigheder opløses, og det således ikke er muligt at udtale sig om, hvorvidt noget er mere rigtigt end noget andet. Ifølge Jørgensen & Phillips er dette billede af socialkonstruktionismen et karikeret billede (51). De fremhæver, at den kritiske diskursanalyse opfatter det sociale felt som meget mere regelbundet og regulerende:

“Selvom viden og identiteter altid i princippet er kontingente, er de i konkrete situationer altid relativt fastlåste. De konkrete situationer udstikker meget begrænsende rammer for hvilke identiteter, et individ kan påtage sig, og hvilke udsagn, der accepteres som meningsfulde”
(51, s. 14)

Relativismespørgsmålet bliver først særligt aktuelt, såfremt diskursanalysen anvendes til at forsvare ét standpunkt. Forskning, hvor analysen anvendes til at afsløre, diskursernes rolle i opretholdelsen af magtrelationer, som i nærværende speciale, støtter derimod den akademiske standard (51).

Spørgsmål om *eksistens* kan ligeledes anfægte den socialkonstruktionistiske position (51). Vi antager, at den materielle verden er konstrueret af sociale praksisser. Men da den forebyggende indsats eksisterer som skrevne dokumenter, der beskriver en skemalagt, struktureret del arbejdet på sengeafsnittene, der befinder sig i Klinik Syds fysiske bygninger, er det ikke interessant, om indsatsen eksisterer, men nærmere hvordan den eksisterer for os.

DEN KRITISKE DISKURSANALYSE

Diskursanalysen som helhed kan kritiseres for en svag teoretisk forståelse for socialpsykologiske processer, som fx folks kontrol over deres sprogbrug i en given begivenhed. Nok taler Fairclough om diskursernes konstruktion af sociale identiteter og relationer, men da der ifølge Jørgensen & Winther er mangel på empirisk forskning af konsumptionsprocesserne, begrænses forståelsen af aktørernes reproduktion eller forandring af diskurserne (51). Translationsperspektivet er inddraget som en forståelsesramme, og bistod sammen med Bourdieus sociologiske teori den kritiske diskursanalyse og gav en forståelse for, hvorfor den forebyggende indsats ændrede form.

Overordnet kan forandringsperspektivet i Faircloughs tilgang problematiseres, når analysens fokus, som i dette speciale, er et øjebliksbillede. Viden om forandring indenfor den udførende praksis var således sværere at spore, da der ikke var ældre tekster med personalets italesættelser. Hensigten med specialet var i denne henseende udelukkende at spore muligheder for forandring, hvortil tilgangens kritiske aspekt især var nyttig. Gennem analyse af aktørernes interdiskursivitet var det til gengæld muligt at spore diskursive forandringer og naturaliseringer (45).

Faircloughs skelnen mellem det diskursive og det ikke-diskursive fremstår ikke tydeligt i hans værker, hvormed der opstår et ontologisk brist i hans tilgang. Det dialektiske forhold kan være vanskeligt at analysere og at tydeliggøre, hvor og hvordan de to dele påvirker og forandrer hinanden (51). Endvidere foreslår Fairclough, at der kan skelnes mellem diskurser, der er ideologisk ladede og diskurser, der ikke er. Jørgensen & Phillips påpeger et operationaliseringsproblem i dette skel, da definitionen tillader, at diskurser kan være mere eller mindre ideologiske (51). Med afsæt i disse til tider abstrakte eller uklare definitioner af Faircloughs begreber og hans adskillelse af sine analyseværktøjer har det derfor været tilstræbt at fremlægge egne forståelser for begreberne og deres anvendelse, således at det er transparent for læseren, hvornår og til hvad begreberne anvendes. Dette benævner Yin som begrebsvaliditet (56). Læseren må med andre ord ikke være i tvivl om, at diskurser og magtkampe reelt er tilstede indenfor genstandsfeltet og ikke blot er et resultat af forforståelser. Specialets ideologiske betragtninger er ligeledes fremlagt, således det fremgår hvilken forståelse, specialegruppen har for disse. Dermed har subjektive begrebsafklaringer og kritisk forholden til egen forforståelse bidraget til begrebsvaliditet i specialet.

Den valgte sammensætning af Faircloughs begreber i dette speciale er en konstruktion baseret ud fra specialegruppens forforståelser og dermed en translation af Faircloughs

tilgang. En anden sammensætning af begreber og andre forforståelser kunne muligvis have medført, at andre forståelser, diskurser og perspektiver udsprang af empirien. Dette har været et gennemgående refleksionspunkt i forskningsprocessen, og forforståelserne er fremlagt for at skabe transparens, således læseren ikke er i tvivl om baggrunden for valg foretaget af specialegruppen.

ANVENDELSE AF BOURDIEUS BEGREBER

Kritikere af Bourdieu advokerer for, at hans strukturalistiske opfattelse af handlinger som strukturelt betingede gør det vanskeligt at antage, at aktører har en fri vilje og dermed mulighed for at kunne forandre sig. Individens habitus og dominansforholdet imellem aktører falder inden for denne kritik (98). Bourdieus bidrag i diskursanalysen har ikke været at sætte fokus på forandringsmulighederne, der kan være indenfor den forebyggende indsats. Bourdieus bidrag har i stedet været at bidrage til forståelse for de diskurser indenfor den forebyggende indsats, og på den vis tydeliggjort hvilke magtkampe, der er på spil mellem feltet aktører.

TRANSLATIONSPERSPEKTIVET

Ifølge Freeman opnås forståelse for politikker på dokumentniveau gennem tekstnær analyse samt ved anvendelse af interview- og observationsmetoder. Her fremhæver han mødedeltagelse i forbindelse med politikens udformning, dvs. de møder, der har ligget forud for dokumenternes produktion (61). Viden om hvad der her blev sagt, forhandlet, argumenteret og oversat samt viden om magtforholdet på disse møder vil kunne give indsigt i, hvorledes den forebyggende indsats løbende er blevet reformuleret og tilpasset. Dette var naturligvis ikke muligt i dette speciale, da disse møder hører fortiden til. Interviews med aktører fra det ledende niveau og mulig anskaffelse af mødereferater kunne have bidraget med interessant viden om, hvordan den forebyggende indsats har fået den form, den har i de forskellige dokumenter. I hht. specialets problemformulering kunne muligheden for dette have bidraget til en dybere viden om forståelserne for den forebyggende indsats på det ledende niveau.

KAPITEL 12

DISKUSSION AF CASESTUDIET OG ANVENDTE METODER

DISKUSSION AF CASESTUDIEDESIGN OG ANVENDTE METODER

Casestudiedesignet er kritiseret for ikke at være velegnet til teoritestende undersøgelser og for at begrænse sig ved at være en detaljeret undersøgelse ud fra enkelttilfælde (64,99). Disse misforståelser er i de forudgående kapitler modargumenteret. Derimod har casestudiet gjort det muligt at tilføre specialet et mere helhedsorienteret billede gennem den metodiske triangulering (52). De kombinerede metoder stammer som beskrevet fra to traditionelt adskilte forskningstraditioner, der hver har forskellige kvalitetsmæssige styrker og svagheder, som vil blive diskuteret i det følgende.

KVANTITATIVE METODER

I socialkonstruktionismens perspektiv er det væsentligt at være opmærksom på, at de anvendte kvantitative metoder og data er forskere og aktørers sociale konstruktioner. Analysen viste, at der er forskellige forståelser for registreringsprocedurer og endvidere er analyser foretaget ud fra subjektive vurderinger, da specialegruppen har konstrueret de anvendte variabler. Dette blev dog gjort ud fra etablerede konstruktioner og i samarbejde med producenterne af disse for at mindske omfanget af translation. Konstruktionernes konsekvenser blev synliggjort i analysen, da registrering af fravalg blev analyseret særskilt. Alle analyser er foretaget med en transparent metodik, der muliggør en reproduktion med høj reliabilitet.

De kvantitative analyser viste, at der er forskel på omfanget af de to afsnits opfyldelse af hhv. procesindikatorer og kvalitetsmål. Resultaterne er dog behæftet med en række bias.

SELEKTIONSBIAS

I analysen af de to afsnit er der en række selektionsproblemer, herunder forskellige krav til den forebyggende indsats og forskelle i patientgruppens sammensætning. Selektionsproblemerne medfører, at der ikke er grundlag for en sammenlignende undersøgelse, men dette har mindre betydning for en beskrivende analyse, som var formålet i dette speciale (100). De beskrives dog i det følgende for at belyse de refleksioner, der lå til grund for de valg, der er truffet.

På trods af forskellige krav til opfyldelse af interventionsdelen er det valgt at sammenligne de to indikatorer, da opfyldelse af interventionsdelen hviler på de krav, der arbejdes ud fra i hht. afsnittenes handleplaner (73). Det vil derfor ikke være retningsgivende for S7's opfyldelse af kvalitetsmålene, såfremt der analyseres på baggrund af andre kriterier.

Den statistiske proceskontrol på S1 synliggør ikke patienters fravalg, hvilket ville have gjort analyserne mellem S1 og S7 mere sammenlignelige. Der kan dog argumenteres for, at det må være en lille andel patienter, der fravælger screening og intervention, idet KRAM-screening foretages i modtagefunktionen som en naturlig del af indlæggelsen og da interventioner, i hht. handleplanen for S1, indgår i plejeplaner for alle patienter (74). Det bekræftes af afdelingens personale, at fravalg er en sjælden hændelse, hvorfor det vurderes at have minimal betydning for opgørelsen. Det blev derfor besluttet ikke at lave en journalgennemgang på afsnittet, da det blev vurderet, at det ville bidrage med relativ begrænset ny viden ift. det omfang af ressourcer, en journalgennemgang ville kræve af specialegruppen og de kontaktpersoner, der skulle bistå en sådan analyse. Det kan her nævnes, at vedkommende, der bisad journalauditten på S7, overdragede en hel arbejdsdag til dette formål.

Endvidere er personale og patientgruppe ikke matchet, hvorfor fx personalets alder eller tid i klinisk praksis kan være confoundere, der modvirker mulighederne for en sammenlignende statistisk analyse (100). Der vil desuden være en række effektmodifikatorer i kraft af kulturelle og kontekstnære forskelligheder, som den kvantitative analyse ikke tager hensyn til. Derfor er kombinationen med den kvalitative analyse særligt værdifuld. Hensigten med analyserne var blot at foretage en deskriptiv beskrivelse af de to afsnits udførelse.

INFORMATIONSBIAS

Informationsbias opstår, når data indeholder ukorrekte informationer (100). Som erfaret i analysen af registreringer i PAS (Bilag 3) er manglende registreringer eller fejlregistreringer et unægteligt faktum. Derfor kan både den statistiske proceskontrol og journalauditten være biased, højest sandsynligt i form af, at udførelsen er underestimeret, såfremt informationer ikke er blevet registreret i journalen, som det var tilfældet i PAS. Omvendt kan de forskellige forståelser for indsatsen medføre, at der er uoverensstemmelser om, hvornår der er hjemmel for en registrering, hvilket kan overestimere udførelsen. Fx viste diskursanalysen, at der var forskellige italesættelser af, hvad der var intervention, særligt på S7. Her anvender personalet EPJ og KRAM-registreringsarket, hvor af kriterierne fremgår. Derfor forventes det,

at personalets registreringer er valide. Således er risikoen for underestimering tilstede. Det fremmer således det samlede casestudies validitet, at analysen understøttes af den kvalitative analyse.

VARIATIONSANALYSER

En statistisk analyse af eventuel ikke-tilfældig variation kræver som beskrevet mindst 12 og helst 20 observationer. Analyserne af den forebyggende indsats på afsnit S7 opfylder kravet, hvormed den ikke-tilfældige variation påvist i delanalysen af *Intervention ekskl. fravalg* er valid. Validiteten af den ikke-tilfældige variation påvist i den statistiske proceskontrol på S1 er begrænset, da der ikke er foretaget de planlagte målinger hver 14. dag, og dermed kun findes 10 observationer. Dog kan den statistiske proceskontrol synliggøre en fremgang i perioden efter modtagefunktionens oprettelse, men flere målinger kræves, før der kan konkluderes en reel effekt.

Generelt kræver analyserne en længere periode for at kunne fremvise en effekt. Da der opgøres på udskrivelser, vil der på S1 således være informationsbias ift., at indlæggelsestidspunktet for udskrivelsen kan ligge før projektet er iværksat. Effekten af Sikker Psykiatri kan således ikke vurderes ud fra en præmis om, at udskrivelser efter uge 10 har været en del projektet, da indlæggelserne kan være fra før 1. januar 2015, hvor Sikker Psykiatri blev opstartet. Dermed kan der fremgå en underestimering af udførelsen i projektets opstart. Før Projekt Sikker Psykiatri var det dog stadig et krav ift. de kliniske retningslinjer, at man også på S1 foretog KRAM-screening, men kravene for hvad, der opfylder en intervention er ændret, i og med aktiv overlevering og opfølgning af plejeplaner blev et nyt krav. Således kan der argumenteres for, at der vil være en forsinket synliggørelse af projektets effekt. Dette er ikke en problematik i analysen på S7, hvor de samme retningslinjer har været gældende siden 2013, hvor handleplanen er produceret.

Hensigten med de statiske analyser var i dette speciale at få indblik i en repræsentation af det omfang den forebyggende indsats blev udført, således at det blev muligt at gå mere målrettet til genstandsfeltet under den kvalitative del.

KVALITATIVE METODER

Gyldighedskriterier inden for det kvalitative forskningsparadigme lader sig ofte mærke af, at de er formuleret i opposition til de mere klare og relativt standardiserede kvantitative gyldighedskriterier. Når kvalitative kriterier domineres af de præmisser, som kvalitetskriterier inden for den kvantitative forskningstradition hviler på, medfører det, at kvantitative standarder implicit indlejres i vurderingen af metodernes resultater (101). Fx bør antallet af deltagere ikke indgå i vurderingen, da det omvendt kan medføre en overfladisk analyse (102). Fokus bør i højere grad være på, hvordan viden er opstået, idet generering af empiri skabes i relationen mellem forsker og det undersøgte (53,101,102). Det er tilstræbt gennem hele forskningsprocessen at opnå intersubjektivitet mht. at skabe transparens og troværdighed, således det er muligt at følge undersøgelsens konstruktion fra start til slut (103).

Gennem undersøgelsens observationer og fokusgruppeinterview opstår der en relation mellem specialegruppen og personale samt patienter. Med dette følger en risiko for at udvikle en fællesskabsfølelse, der kan begrænse det kritiske blik hos forskeren (104). Processen, hvor empirien er genereret gennem transskriptioner og feltnoter, har bidraget til, at der er skabt en analytisk distance, hvor den nærhed der er skabt i feltet sættes til side. Som nævnt i forrige kapitel, har inddragelsen af særligt Bourdieus begreber medført, at vi har skabt en distancering til feltet. Følgende diskussion vil, med afsæt i ovenstående, primært omhandle refleksioner over, hvorledes viden er opstået.

SELEKTION AF CASES OG DELTAGERE

Patienternes forskellige psykiatriske sygdomme kan være konstituerende for, at der fremkom forskellige perspektiver på de to afsnit. Det var et bevidst valg at analysere to uens cases, idet ønsket ikke blot var at undersøge genstandsfeltet i dybden, men også i bredden samt for at give mulighed for en komparativ analyse. Casestudiets generalisering omtales i kapitel 13. I de to fokusgruppeinterviews var sammensætningen af deltagernes uddannelse forskellig. Dette var et tiltænkt opmærksomhedspunkt for analysen, da vi med afsæt i vores forforståelse havde en opfattelse af, at der mellem uddannelserne kunne være en ulige magtfordeling eller forskellig forståelse for den forebyggende indsats. Da fokusgruppeinterviews og feltobservationer ikke afspejlede dette, gav det ikke anledning til at inddrage uddannelsesniveauer som analysegenstande.

FOKUSGRUPPEINTERVIEWS

Fokusgruppeinterviews har givet fyldig viden om det kliniske personales italesættelser og forståelse af den forebyggende indsats. Italesættelser i en interviewsituation vil altid påvirkes af den mellem menneskelige relation mellem moderator og deltagere (105). For at undgå at relationen er påvirket i en negativ retning har uformelle besøg på afsnittene forud for fokusgruppeinterview bidraget til, at vi har haft mulighed for at italesætte, at formålet med specialet ikke har været at kontrollere personalets praksis.

Med interviewsituationen er vi som forskere med til at skabe en social praksis, hvori deltagerne italesætter den forebyggende indsats. Interviewsituationen er således en anden social praksis end den sociale praksis, hvor deltagerne udfører den forebyggende indsats. Således kan interviewsituationen have betydning for, hvad deltagerne italesætter, og hvad de ikke italesætter om den sociale praksis omkring den forebyggende indsats (106).

For at lade vores forforståelse påvirke interviewsituationen og deltagerne mindst muligt blev der valgt en åben interviewform, hvor moderatoren mindst muligt italesatte den forebyggende indsats. Deltagerne blev bl.a. bedt om at beskrive et typisk KRAM-forløb, og der blev udleveret kort med emner til diskussion, fx "Forebyggelse af KRAM-risikofaktorer". Forskerens påvirkning er dog uundgåelig, hvormed analysen af disse italesættelser er foretaget ud fra en vished om, at kortene afspejler temaer, der er specialegruppens vurderinger af, hvad der er væsentligt i hht. problemformuleringen.

I analysen blev det tydeligt, at en formulering af et spørgsmål fra moderatoren var påvirket af egen forforståelse. Moderators opfattelse af sundhedsvæsenets hierarkiske struktur og magt kom til udtryk i spørgsmålet om, at de skriftlige dokumenter er forfattet af andre end det kliniske personale, som skal udføre den forebyggende indsats. Denne erkendelse vil ikke have været synlig, hvis forforståelsen ikke var beskrevet og anvendt reflektivt i analysen. Moderators italesættelser og position har derfor også været genstand for analyse og indgået i en kritisk refleksion over tolkninger, således at deltagernes italesættelser ikke er overfortolket.

I transskriptionen af fokusgruppeinterviews er det en grundlæggende præmis, at når italesættelser fra fokusgruppeinterview ændres til tekst i transskriptionen vil empirien påvirkes og fortolkes (57). For at påvirke transskriptionen mindst muligt er der brugt en stringent metode i selve transskriptionen, og i analyse og tolkning af tekster har vi været refleksive og bragt vores forforståelse i spil.

OBSERVATIONER

Observationer i feltet gjorde det muligt at sætte udtalelser i interviewet i relation til det observerede, hvormed der blev opnået en mere dybdegående viden om diskursernes udfoldelse i den daglige praksis. Observationerne omfattede personalets interaktion med hinanden og med patienterne, hvor gruppemedlemmernes tilstedeværelse vil have betydning for interaktionerne, der udfolder sig i det observerede felt. Dette blev taget med i refleksionen, og sammen med bevidstheden om, at feltnoter er en translation af de kommunikative begivenheder, blev feltnoter kun i mindre omfang anvendt som direkte tekster i analysen. Observationerne bidrog i højere grad med et kendskab til feltet og dets aktører, som ikke var muligt at få viden om i den aflukkede interviewsituation. Således blev gruppemedlemmernes egne forforståelser modificeret forud for fokusgruppeinterviews og den konkrete analyseproces.

ETISKE REFLEKSIONER

Forskning med mennesker kræver en særlig etisk refleksion, da personlige erfaringer, følelser og perspektiver fremhæves til offentligt skue (107). Med ønske om at omgås alle aktører i feltet respektfuldt, har specialets formål været fremlagt skriftligt og mundtligt for personalemedlemmer og patienter på de to afsnit. Det kan her problematiseres, at et projekt, herunder også nærværende specialet løbende gennem forskningsprocessen ændrer form i tråd med, at nye perspektiver og erkendelser kommer til syne (107). Med denne vished har informationen været en overordnet og ikke detaljeret beskrivelse af projektet. Desuden kan for meget information inden den empiriske generering have den konsekvens, at deltagere agerer anderledes, end de plejer (107). Mængden af information til deltagerne har derfor været en hårfin balance. Med det socialkonstruktionistiske perspektiv har det ikke været formålet at fordre ledernes magt, da udførelsen af deres intentioner ikke opfattes som normativt. Til dette kan argumenteres for, at et formål med specialet har været at rette fokus mod de aktører, der er underkastet andres magt og ikke at afsløre personalet.

Personale og patienter er alle informeret skriftligt og mundtligt inden besøg, observationer og fokusgruppeinterviews. Observationer er særligt behæftet med den problematik, at indhentningen af skriftlig informeret samtykke er vanskelig (107). Der kan argumenteres for, at deltagerne ikke ved, hvad der observeres, og muligheden for at trække sig fra observationen kan være begrænset, da det eksempelvis er en del af personalets arbejdsopgaver at afholde morgenmøde, og det er obligatorisk for patienterne at deltage. Deltagerne fik mulighed for at frabede sig vores deltagelse, og endvidere vurderede vi, om

tilstedeværelsen kunne virke intimiderende. For at modvirke dette deltog vi i morgensang og småsnakkede uformelt med patienter og personale forud for KRAM-undervisning, som var den primære arena for observationerne. Dette gav et indblik i, om deltagerne følte sig tilpasse med vores tilstedeværelse. Alle var meget åbne, venlige og interesserede, hvormed det blev vurderet, at alle følte sig tilpas i vores nærvær.

Informeret samtykke kan ligeledes være problematisk ved fokusgruppeinterviews, da samtalen kan medføre nye perspektiver og emner, der ikke var en erkendelse i den information, der er givet forud (104). Alle deltagere fik derfor mulighed for at læse transskription af deres italesættelser og trække udsagn tilbage. Der var ingen deltagere, der benyttede sig af dette.

KRITISK UDVÆLGELSE OG ANVENDELSE AF LITTERATUR

Den indledende søgning i specialet er ikke fremlagt med en søgeprotokol, da problemfeltet her blev undersøgt bredt, hvorfor der blev anvendt en semi-struktureret tilgang. Det skal forstås som, at mange hjørner indenfor problemfeltet blev undersøgt og søgningen blev gradvist tilpasset hertil.

Den systematiske litteratursøgning blev foretaget efter problemfeltets afgrænsning, hvilket målrettede søgningen. Den initierende søgning bidrog med kendskab til relevante søgeord og relevante databaser samt omfanget af litteratur. Der blev søgt i fem databaser, hvilket gjorde at området blev dækket bredt således det relevante litteratur kunne indfanges. Vi gjorde brug af vejledning med bibliotekar, så den systematiske søgestrategi blev nærmere præciseret.

Grundet det begrænsede omfang af litteratur kan det synes begrænsende med hhv. tre og fire anvendte facetter i søgningerne. Facetter var nødvendige for at frasortere deskriptive studier af eksempelvis omfanget af metabolisk syndrom blandt personer med psykiatriske sygdomme og i stedet målrette søgningen til viden om interventioner.

I diskussionen af nærværende speciales fund blev der inddraget studier, som ikke specifikt omhandlede indlagte patienter, men derimod personer med en psykiatrisk lidelse bosiddende i beskyttede boliger. Det kan kritiseres at anvende resultater fra studier, som bygger på en anden gruppe af mennesker, men personerne i studierne bar præg af at have de samme udfordringer, som personalet italesatte under fokusgruppeinterview. Endvidere er teori anvendt kritisk. Bourdieu og Freemans teoretiske perspektiver er ikke beskrevet ud fra

diskursanalysens perspektiver eller ud fra psykiatriske kontekster, hvorfor deres anvendelse kræver høj transparens. I anvendelsen af perspektiver fra både studier og teoretisk litteratur er det tydeliggjort hvilke begrænsninger, der kan være i forbindelse med overførbareheden til dette speciale. Anvendelsen vil være konstitueret af specialegruppens forforståelser og medlemsressourcer og vil således være et produkt af en translation, som læseren kan forholde sig kritisk til i lyset af metodernes transparens i specialet.

KAPITEL 13

ANALYTISK GENERALISERING AF CASESTUDIET

ANALYTISK GENERALISERING AF CASESTUDIET

Bent Flyvbjerg opstiller en casetypologi, hvori han udpeger et generaliseringspotentiale, der er inspireret af Karl Poppers falsifikationisme (99). Erkendelse opstår ved, at der gennem dybdegående orientering i casestudiet findes modbevisende eksempler. I nærværende casestudie falsificeres det, at de kliniske retningslinjer implementeres i deres oprindelige form.

Diskursanalysen viste i samspil med Bourdieus begrebsapparat, at en række sociale faktorer har betydning for, at der var forskel på de to afsnits translation og dermed konstruktion af den forebyggende indsats. De to afsnit fremgik som to unikke cases, idet de ud fra et kvantitativt perspektiv ikke har samme opnåelse af kvalitetsmålene for den forebyggende indsats, patientgrupperne er forskellige og endvidere er S1 en del af Projekt Sikker Psykiatri. Når to cases, der hører under den samme psykiatrilædelser, er forskellige, kan man antage, at psykiatriske afsnit i andre regioner også kan være forskellige. Nationalt er der fokus på forebyggelse af KRAM-risikofaktorer i psykiatrien. Man kan derfor forestille sig, at der kan ske translationer mellem aktørniveauer inden for andre regioner også. Falsifikationen kan derfor antyde, at implementering af kliniske retningslinjer også vil gennemgå en translation fra et ledende niveau til klinisk praksis på andre afsnit end netop Klinik Syd.

Resultater er diskuteret ift. den bredere sociale praksis, herunder andre videnskabelige studier. I studierne blev der identificeret resultater, der understøttede analysens resultater, da lignende tendenser om, fx hvorledes personalet opfatter sig som forbilleder, blev fundet. Resultaterne bakkedes således op af andre forskere, hvilket indikerer, at analytiske fortolkninger ikke er udtryk for vores forforståelse.

Der er givet en transparent beskrivelse af de metodiske fremgangsmåder til empirigenerering, og den analytiske del er fremført explicit. Det er således muligt at vurdere analysens fund og tolkninger, og endvidere kan andre psykiatriske afsnit vurdere, om fund er overførbare til andre lignende settings. Andre ikke-psykiatriske settings kan ligeledes anvende specialet til at rette opmærksomhed mod translationens betydning for samarbejde mellem aktører.

KAPITEL 14

DEN FOREBYGGENDE
INDSATS I ET
FORANDRINGSPEKTRIV

DEN FOREBYGGENDE INDSATS I ET FORANDRINGSPEKSTIV

Diskursanalysen har tydeliggjort, at den ændrede form af den forebyggende indsats er et resultat af hegemoniske magtkampe indenfor diskursordenen. Aktørerne trækker forskelligt på diskurserne indenfor diskursordenen, og dette har den konsekvens, at der er mangel på sammenhæng i deres forståelse for den forebyggende indsats. Diskussionen af den sociale praksis blotlagte områder, hvor der er mulighed for forandring. Ikke alle vil kunne behandles i det følgende, men det der gennem forskningsprocessen fremstod som mest betydningsfulde for sammenhængen vil være udgangspunktet for forslagene. På denne baggrund fremsættes i det følgende forslag til, hvorledes den sociale praksis kan forandres målrettet skabelse af gensidig forståelse for den forebyggende indsats.

FORANDRING I DEN SOCIALE PRAKSIS IFØLGE FAIRCLOUGH

Fairclough videreformidler sin tilgang ud fra en etik om, at den bør anvendes til at fremme *egalitære og liberale diskurser* (51, s. 100) forstået som organisatorisk demokratisering. Et formål med den kritiske diskursanalyse er således at stille sig kritisk overfor dominansforholdet mellem grupper i samfundet på baggrund af ideologiske og politiske interesser, hvilket implementering af den forebyggende indsats kan være et eksempel på. Målet er således ikke at stille forslag til, hvorledes ledernes magt fordres, og hvordan den forebyggende indsats implementeres. Tværtimod er hensigten at stille forslag til forandring, der kan medføre demokratisk sammenhæng på tværs af feltets aktører.

Lederne har i kraft af deres position i hierarkiet en magt indenfor feltet, og denne anvendes til at skabe en struktur, hvormed personale og patienter styres i en bestemt retning. Det kan anfægtes, at den systemiske diskurs konstitueres af en konservativ og fundamentalistisk ideologi i kraft af velfærdsdiskursen, hvor svage ses som en trussel mod samfundets stabilitet og derfor skal hjælpes. Fairclough er kritisk over for elitære magter i samfundet, og ønsker at hans kritiske tilgang anvendes til at synliggøre netop denne underkastelse i samfundet. Ud fra ønsket om at skabe sammenhæng og demokrati er der, med inspiration fra Faircloughs tilgang til forandring af social praksis, fremsat forandringsforslag til, hvordan dette kan opnås.

Forslagene tager udgangspunkt i individualiserings- og prioriteringsdiskurserne, da det er disse, der fremkommer blandt de aktører, der er underlagt ledernes magt, og således dem, der ifølge Fairclough skal medtænkes i en lige magtstruktur. Forslagene stilles med afsæt i personalets oplevelse af, at de strukturerede interventioner ikke altid er meningsfulde under en psykiatrisk indlæggelse. Forslagene omhandler forandring af interventionsdelen og i forlængelse heraf et forslag om at fremme aktiv overlevering. Kapitlet afsluttes med et generelt råd om, hvorledes man potentielt kan udvikle fælles forståelse for den forebyggende indsats gennem kreativ sprogbrug.

FORSLAG 1:

STRUKTURERET INTERVENTION SKAL IKKE VÆRE EN DEL AF INDLÆGGELSEN

Med afsæt i diskussionen og i Faircloughs tilgang til forandring kan der argumenteres for, at ledelsens konstruktion af interventionen som struktureret ikke skal være en del af patientens indlæggelse, men at personalets konstruktion med hverdagsaktiviteter i stedet skal udgøre den forebyggende indsats interventionsdel. Specialernes opdeling af diagnoser afspejler, at patienterne har forskellige behov, hvilket også kom til udtryk i personalets italesættelser.

Prebble et al. argumenterer for, at det strukturerede tiltag kan være mest hensigtsmæssigt til de mest sårbare patienter med kognitive problematikker eller manglende fremgang i deres rehabilitering. På S7 fremhævede personalet patienternes sårbarhed som en barriere for forebyggelsen, men med kendskab til personalets prioritering og afstandtagen til den fundamentalistiske tilgang, synes det strukturerede tiltag ikke at være etisk acceptabelt. Ud fra vores forforståelse og personalets træk på individualiseringsdiskursen bør patientens autonomi tillægges en magt, der er større end den fundamentalistiske.

Lad kommunerne varetage ansvaret

Med afsæt i ovenstående bør man gøre sig overvejelser om, hvorvidt interventioner i relation til fysisk sundhed er placeret i det rigtige segment. Interventioner kan muligvis have et større potentiale uden for sygehusets grænser, da ansvarsfordelingen her er klarere.

Det er et kommunalt ansvar at tilbyde forebyggelse og en regional opgave at gøre patienter opmærksomme på dette (35). Ansvarsfordelingen kan derfor fremstå tvetydig, hvilket kan være medvirkende til, at personalet forprioriterer psykiatrisk behandling, som også forventes at være deres primære opgave. I tråd med dette finder Brown et al., at der indenfor

psykiatrien kan herske en mening blandt nogle personalemedlemmer om, at forebyggelse af risikofyldt livsstil ikke er psykiatriens ansvar (23).

Personalet på S1 italesatte, at der under en indlæggelse var modstridende krav, da der både var fokus på den forebyggende indsats og fokus på korte indlæggelsesforløb. Når patienterne samtidigt skal fokusere på at få det bedre psykisk, kan det være tvivlsomt, om de får gavn af interventionen. Derfor er andet forslag, med hjemmel i Sundhedsloven, er at overlade den mere konkrete intervention, fx forebyggelsessamtaler, til kommunerne.

FORSLAG 2:

FOKUS PÅ INDIVIDET GENNEM HVERDAGSAKTIVITETER

Da der både blev talt for og imod intervention under indlæggelse, kan det være rimeligt at antage, at patienter har forskellige behov. S7 personalet ytrede, at patienterne besidder mere kulturel og social kapital efter udskrivelse. Dette perspektiv kan forankres i den aktuelle patientgruppe, da det er specialegruppens opfattelse, at det ligeledes kan forventes, at nogle patienter besidder *mindre* social kapital, når de udskrives, såfremt de vender tilbage til et liv med social isolation og andre faktorer, der påvirker deres sårbarhed, som ellers er elimineret under indlæggelse (1). Det kan således antages, at patienternes forskellige personligheder og sygdomme kan konstituere forskellige behov, hvorfor der vil være patienter, der finder motivation til livsstilsændringer.

Analysen gav anledning til at postulere, at personalet anser hverdagsaktiviteter som mere værdifulde end forebyggelsessamtalerne. Der kan således være et udviklingspotentiale i at vidensdele personale og patienters erfaringer med hverdagsaktiviteter, således at individuelle behov blandt patienterne fortsat kan imødekommes, på trods af at interventionen ikke fylder som en struktureret indsats med normative kvalitetsmål. Analysen viste, at ikke alle personalemedlemmer følte sig tilpas i rollen som forbilleder, hvormed der kan argumenteres for, at andre nøglepersoner fra andre faggrupper kan inddrages fx diætister til snak om kost. I S1 personalets konstruktion er hverdagsintervention en integreret del af den sociale praksis, og det kan diskuteres, om en sådan intervention lader sig dokumentere kvantitativt, hvilket således ikke anbefales i forlængelse af dette forslag.

Næste afsnit vil argumentere for, at ressourcerne i højere grad anvendes til at prioritere den aktive overlevering, såfremt patienten er motiveret herfor.

FORSLAG 3:

INDSATSEN FOR AKTIV OVERLEVERING SKAL FORBEDRES

Patienternes forskellige behov argumenterer for, at aktiv overlevering er en central handling, såfremt patienter ønsker at opstarte eller fortsætte intervention efter udskrivelse. Her kan interventioner udvælges og muligvis tilpasses de individuelle behov. En prioritering af ressourcer fra interventionerne til selve overleveringen vil falde i tråd med Sundhedsloven, hvori det står beskrevet, at interventioner i forebyggelsen er en kommunal opgave (35).

Det fremgår af de kliniske retningslinjer, at der skal dokumenteres aktiv overlevering, men ikke hvordan denne udføres. Der henvises til *den gode epikrise*, som er et PRI-dokument, der beskriver, hvorledes epikrisen skal indeholde informationer om de aftaler, der er lavet, således egen læge eller andre kontaktpersoner kan følge op på iværksatte initiativer fra sygehuset (19,108). Den administrative sundhedsaftale, der beskriver samarbejde og aftaler på tværs af bl.a. kommuner og regionen, anser også epikrisen som væsentlig for samarbejde på tværs af sektorerne (109). Dette er de mest handlingsrettede forslag, der foreligger i dokumenterne, men forud for en epikrise skal der etableres kontakt til aktuelle tilbud. Aktiv overlevering omtales ikke i handleplanen for S7, og i handleplan for S1 fremgår, at:

“Hvis patienten er motiveret for opfølgning i andet regi, tager plejepersonalet kontakt og får aftalt møde. Dato, klokkeslæt, adresse for mødested, navn på kontaktperson det pågældende sted og telefonnummer dokumenteres.”

(74, s. 2, l. 33-35)

Det fremgår således ikke hvem, der skal tages kontakt til, hvormed det forventes, at personalet kender til konkrete tilbud. Det er ikke fremhævet i analysen, men personalet på begge afsnit tilkendegav, at det var et stort arbejde at iværksætte aktiv overlevering, og der var generelt tvivl om hvilke tilbud, der var tilgængelige.

En succesfuld aktiv overlevering afhænger af mange faktorer, fx at der er klare aftaler mellem psykiatrien og kommunerne og at der findes tilbud til personer med psykiatrisk sygdom. Tredje forslag er at udvikle konkrete handlingsplaner for den aktive overlevering. Heraf skal det fremgå hvilke tilbud, der foreligger i de enkelte kommuner og hvilke kriterier, der er for deltagelse på disse samt mulige alternativer, fx i ambulante regi.

FORSLAG 4:

VIDEN OM KOMMUNIKATION KAN INDDRAGES I PRODUKTION AF DOKUMENTER

Som afrunding på Faircloughs perspektiv har hans tilgang bidraget med viden om, hvilken betydning sprogbrug har ift. sammenhængen på tværs af aktører indenfor den forebyggende indsats. Ifølge Freeman læser aktører for at opdage det, de tror, og ikke hvad forfatteren af dokumentet tror (43), og diskursanalysen viste, at personalets diskursive og ikke-diskursive praksisser havde betydning for, hvordan personalet translaterede dokumenterne fra ledende niveau. Indsigt i de hegemoniske magtkampe indenfor diskursordenen, som blot vil være få blandt mange kampe, kan gøre det klart, hvorledes ledere gennem kreativt sprogbrug kan forsøge at tale ud fra personalets diskurser ved at inddrage deres erfaringer i teksterne som en form for interdiskursivitet. Lingvistikens betydning for translation anvendes aktivt i den kognitive sprogteori, som dog ikke udfoldes nærmere her. Der henvises blot til en teori, hvormed man gennem opmærksomhed på tekstens opbygning kan fordre bedre kommunikation på tværs af aktører. Analysen viste gentagne passiver i dokumenterne, således at det ikke fremgår *hvem*, der antager hvad, og *hvem* der forventes at gøre hvad og *hvordan*. Dette og andre lingvistiske træk kan ifølge den kognitive sprogteori have betydning for, hvorledes dokumentet translateres (110), og som statueret i forslag 3 kan det have konsekvenser for udførelsen. Et fjerde forslag er derfor, at man i udarbejdelsen af dokumenter, herunder både politikker og handleplaner, har fokus på de lingvistiske træk og redskaber, således kommunikationen aktørerne imellem forbedres.

KAPITEL 15

KONKLUSION

KONKLUSION

Ledernes intentionerede udgave af den forebyggende indsats blev tilpasset og omformet snarere end den blev implementeret i dens oprindelige form, idet aktørernes trak på forskellige diskurser i deres italesættelser, herunder en *systemisk diskurs*, en *individualiseringsdiskurs*, en *prioriteringsdiskurs* og en *velfærdsdiskurs*.

Både den kvantitative og den kvalitative analyse viste, at der på tværs af feltets aktører var mest sammenhæng i forståelserne for screeningsdelen i den forebyggende indsats, og mindre sammenhæng i forståelserne for interventionsdelen.

Dette kom til syne i den kvantitative analyse ved, at screeningsdelen i højere grad er opfyldt sammenlignet med interventionsdelen. Dog opfyldes kvalitetsmålene for den forebyggende indsats ikke på de to afsnit. Oprettelse af modtagefunktion på S1 har muligvis medført fremgang i opfyldelsen af KRAM-screening, da S1 kan dokumentere dette opfyldt i 75% af udskrivelserne i den efterfølgende periode. S7 kan dokumentere opfyldt screening i 77% af udskrivelserne. De to afsnit opfylder ikke kvalitetsmålene for screeningsdelen, men analyserne indikerer en positiv fremgang.

Den kvantitative analyse viser endvidere, at S1 kan dokumentere intervention i 50% af udskrivelserne, efter de har oprettet deres modtagefunktion. På S7 kan der dokumenteres opfyldt interventionsindikator for 71%, men en særskilt analyse viste, at ved eksklusion af dokumenterede fravalg, var der registreret udførte interventioner i 6% af udskrivelserne.

Brugen af Norman Faircloughs *kritiske diskursanalyse* viser i samspil med inddragelse af Pierre Bourdieus begreber om *kapital*, *habitus* og *doxa*, at det ledende og kliniske niveau har forskellige forståelser for den forebyggende indsats. Der er gennemgående en velfærdsdiskurs på begge niveauer, idet de opfatter det at yde omsorg og hjælpe patienter som væsentligt. Ledelsen trak i deres italesættelser særligt på den systemiske diskurs, idet de opfattede patientgruppen som en homogen gruppe med de samme behov for forebyggelse. Afsnit S1 trækker også på den systemiske diskurs, idet de opfatter, at alle patienter skal indgå i den forebyggende indsats.

Sammenhængen mellem det ledende niveau og det kliniske niveau ophører ved, at klinikernes italesættelser af interventionsdelen er domineret af prioriterings- og individualiseringsdiskurserne, da personalet prioriterer patienternes psykiatriske behandling og endvidere udtrykker, at patienterne har forskellige behov i relation til KRAM-forebyggelse. I S7 personalets italesættelse af patienterne indenfor prioriterings- og

individualiseringsdiskurserne, udtrykkes at patienterne de kan være tyngt af deres psykiatriske sygdom i en grad der gør, at personalet ikke finder forebyggelse af KRAM-risikofaktorer relevant. Indenfor diskursordenen indgår den systemiske diskurs således i en magtkamp med prioriterings- og individualiseringsdiskurserne.

Richard Freemans *translationsperspektiv* bidrager til en forståelse for, at interventioner ikke kan forstås og implementeres som strukturerede tiltag, men de vil påvirke og påvirkes af den sociale praksis. Ifølge diskursanalysen foregik denne translation gennem aktørernes diskursive praksisser, hvor kreativt sprogbrug og interdiskursivitet bidrog til at den forebyggende indsats ændrede form.

Diskursanalysen i samspil med den kvantitative analyse tydeliggjorde muligheder for forandring af den forebyggende indsats med henblik på at skabe en gensidig forståelse for indsatsen aktørerne imellem. Forslagene består i:

- At den strukturerede intervention ikke skal være en del af indlæggelsen
- At der i stedet rettes fokus på individet gennem hverdagsaktiviteter
- At indsatsen for aktiv overlevering forbedres
- At viden og kommunikation inddrages i produktion af dokumenter

De analyserede forandringspotentialer bygger på, at de strukturerede interventioner med fordel kan placeres i kommunalt regi, hvormed der i højere grad kan fokuseres på hverdagsaktiviteter under indlæggelsen. Et fokus på indholdet i den aktive overlevering mellem sektorer vil fordre, at sårbare patienter kan indgå i forebyggende indsatser efter indlæggelse. Endvidere vil fokus på de lingvistiske redskaber i produktionen af politikker og handleplaner kunne skabe en bedre forståelse for den forebyggende indsats aktørerne imellem.

REFERENCELISTE

- (1) Nordentoft M, Krogh J, Lange P, Moltke A. Psykisk sygdom og ændring af livsstil. 2012.
- (2) Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. 2011;199(6):453-458.
- (3) Danske Regioner. Kvalitet i psykiatrien: ny dagsorden for diagnostik og behandling. Kbh.: Danske Regioner; 2011.
- (4) Nordentoft M, Wahlbeck K, Hallgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. PLoS One 2013;8(1):e55176.
- (5) Dahl G, Jensen KN, Hadsund J, Würtz AE. National undersøgelse af patient- og pårørendeoplevelser i psykiatrien 2014. 2015 26/3/2015.
- (6) Psykiatrien HR og kvalitet. Specifikationer af pakkeforløb. 2013.
- (7) Psykiatrien RN. Psykiatriplan 2015-2020. Sikre og effektive patientforløb med mennesket i centrum. 2015.
- (8) Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sygdomsbyrden i Danmark: sygdomme. Version 1.0. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2015.
- (9) Laursen TM, Munk-Olsen T, Nordentoft M, Mortensen PB. Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: a register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. J Clin Psychiatry 2007;68(6):899-899-907.
- (10) Mackin P, Bishop D, Watkinson H, Gallagher P, Ferrier IN. Metabolic disease and cardiovascular risk in people treated with antipsychotics in the community. Br J Psychiatry 2007;191:23-29.
- (11) Graham KA, Cho H, Brownley KA, Harp JB. Early treatment-related changes in diabetes and cardiovascular disease risk markers in first episode psychosis subjects. Schizophr Res 2008;101(1):287-294.
- (12) Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry 2011;10(1):52-77.
- (13) Sørensen J, Juel K, Brønnum-Hansen H, Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Kbh.: Statens Institut for Folkesundhed; 2006.
- (14) Dipasquale S, Pariante CM, Dazzan P, Aguglia E, McGuire P, Mondelli V. The dietary pattern of patients with schizophrenia: a systematic review. J Psychiatr Res 2013;47(2):197-197-207.
- (15) Annamalai A, Singh N, O'Malley SS. Smoking Use and Cessation Among People with Serious Mental Illness. Yale J Biol Med 2015;88(3):271-271-7.
- (16) Menezes PR, Johnson S, Thornicroft G, Marshall J, Prosser D, Bebbington P, et al. Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in south London. Br J Psychiatry 1996;168(5):612-619.

- (17) Bonnet F, Irving K, Terra J, Nony P, Berthezène F, Moulin P. Anxiety and depression are associated with unhealthy lifestyle in patients at risk of cardiovascular disease. *Atherosclerosis* 2005 2;178(2):339-344.
- (18) Projektsekretariatet for Sikker Psykiatri. Somatisk sygdom. Baggrund og evidens. 2015.
- (19) Region Nordjylland: Psykiatrien i RN. KRAM-screening og KRAM intervention for voksne. 2015; Available at: <https://pri.rn.dk/Sider/19098.aspx>. Accessed 25/08, 2015.
- (20) Klarlund Pedersen B, Andersen LB,, Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet: håndbog om forebyggelse og behandling. Kbh.: Nota; 2013.
- (21) Sundhedsstyrelsen. Alkohol. 2015; Available at: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/alkohol>. Accessed 10/13, 2015.
- (22) Illemann Christensen A, Statens Institut for Folkesundhed. Kram-undersøgelsen i tal og billeder. Kbh.; Lyngby: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; TrygFonden; 2009.
- (23) Brown S, Smith E. Can a brief health promotion intervention delivered by mental health key workers improve clients' physical health: a randomized controlled trial. *J Ment Health* 2009 10;18(5):372-378 7p.
- (24) Cabassa LJ, Ezell JM, Lewis-Fernández R. Lifestyle interventions for adults with serious mental illness: a systematic literature review. *Psychiatric Services* 2010;61(8):774-774-82.
- (25) Hutchinson DS. Structured exercise for persons with serious psychiatric disabilities. *Psychiatric Services* 2005;56(3):353-353-4.
- (26) Forsberg K, Lindqvist O, Bjorkman TN, Sandlund M, Sandman PO. Meanings of participating in a lifestyle programme for persons with psychiatric disabilities. *Scand J Caring Sci* 2011 06;25(2):357-364.
- (27) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018. Kbh.; 2015.
- (28) Udvalget om Psykiatri. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser: rapport fra Regeringens Udvalg om Psykiatri. Regeringens Udvalg om Psykiatri; 2013.
- (29) Diderichsen F. Ulighed i sundhed. In: Lund R, Christensen U, Iversen L: Medicinsk sociologi: sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred. 2nd ed. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2011. p. 23.
- (30) Topor A. Recovery: at komme sig efter alvorlige psykiske lidelser. Kbh.: Hans Reitzel; 2003.
- (31) HERT M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry* 2011;10(2):138-151.
- (32) Stevnhøj AL. Den Danske Kvalitetsmodel. DDKM. Kvalitet i bevægelse. 2013.

- (33) Socialstyrelsen, Sundhedsstyrelsen. Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser: Socialstyrelsen; i samarbejde med Sundhedsstyrelsen; 2015.
- (34) Mainz J, Sloth A, Kjølbye M. De mange aktører og deres samarbejde. In: Jørgensen P, Thomsen C: Fysisk helbred blandt psykisk syge: forebyggelse, diagnostik og behandling Kbh.: FADL's Forlag; 2014. p. 227.
- (35) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Bekendtgørelsen af Sundhedsloven. 2014.
- (36) Nicolaj Johansson. Personligt møde med Nicolaj Johansson, sundhedskonsulent i Psykiatrisk Region Nordjylland. 2015.
- (37) Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Metoder til hurtige og holdbare forbedringer i sundhedsvæsenet. 2013.
- (38) Alsberg Jensen M. Journalaudit i Psykiatrien. 2015; Available at: <https://pri.rn.dk/Sider/15529.aspx>. Accessed 21/09, 2015.
- (39) HR & Kvalitet, Psykiatrien Region Nordjylland. Journalaudit, Sengepsykiatri (PRI-Bilag). 2014.
- (40) IKAS: Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. DDKM. Udbredelse. 2015; Available at: <http://www.ikas.dk/DDKM.aspx>. Accessed 12/01, 2015.
- (41) Larsen K. Kroppe -sundhed og social ulighed. In: Glasdam S, Axelsen I, Dansk Sygeplejeråd: Folkesundhed i et kritisk perspektiv. 1. udgave. Dansk sygeplejeråd; Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2009. p. 188.
- (42) Implement Consulting Group. Den Gode Psykiatriske Afdeling. Slutevaluering. Sundhedsstyrelsen; 2014.
- (43) Freeman R, Maybin J. Documents, practices and policy. Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice 2011;7(2):155-170.
- (44) Freeman R. What is 'translation'? Evidence & policy: a journal of research, debate and practice 2009;5(4):429-447.
- (45) Fairclough N. Language and power. 3rd ed. London; New York: Routledge; 2015.
- (46) Fairclough N. Kritisk diskursanalyse: en tekstsamling. Kbh.: Hans Reitzel; 2008.
- (47) Fairclough N. Discourse and social change. Cambridge: Polity Press; 1993.
- (48) Creswell JW. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. third ed.: Sage publications; 2013.
- (49) Crotty M. The foundations of social research: meaning and perspective in the research process. London: Sage; 1998.
- (50) Burr V. Social constructionism. 2nd ed. London: Routledge; 2003.
- (51) Winther Jørgensen M, Phillips L. Diskursanalyse som teori og metode. Frederiksberg: Samfundslitteratur; Roskilde Universitetsforlag; 1999.
- (52) Bjerg O. Methods and epistemology. In: Vallgård S, Koch L.: Research Methods in Public Health. 1st ed. Copenhagen: Gyldendal Akademisk; 2008. p. 43-61.

- (53) Gergen KJ. En invitation til social konstruktion. 1. udgave ed. Kbh.: Mindspace; 2010.
- (54) Wackerhausen S. Et åbent sundhedsbegreb - mellem fundamentalisme og relativisme. In: Jensen UJ, Andersen PH, editors. Sundhedsbegreber - filosofi og praksis. 1st ed. Aarhus: Philosophia; 1994. p. 43-73.
- (55) Andersen Nexø S, Koch L. Diskursanalyse. In: Vallgård S, Koch L.: Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 4th ed. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2011. p. 352.
- (56) Yin RK. Case study research: design and methods. 5th ed. Thousand Oaks: Sage; 2014.
- (57) Phillips L. Diskursanalyse. In: Brinkmann S, Tanggaard L.: Kvalitative metoder: En grundbog: Hans Reitzels Forlag; 2010. p. 267.
- (58) Wilken L. Bourdieu for begyndere. 2nd ed. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2011.
- (59) Larsen K. Pierre Bourdieu. In: Andersen P, T., Timm H.: Sundhedssociologi - En grundbog. København: Hans Reitzels Forlag; 2010. p. 51-76.
- (60) Lendvai N, Stubbs P. Policies as translation: situating transnational social policies. In: Hodgson SM, Irving Z, editors. Policy reconsidered: meanings, politics and practices Bristol: Policy; 2007. p.173.
- (61) Freeman R. Reverb: policy making in wave form. Environment and Planning-Part A 2012;44(1):13.
- (62) Launsø L, Rieper O, Olsen L. Forskning om og med mennesker: forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning: Nyt Nordisk Forlag; 2011.
- (63) Flyvbjerg B. Case Study. In: Denzin NK, Lincoln YS.: Handbook of Qualitative Research. 4th ed. Thousand Oaks: Sage; 2011. p. 301-316.
- (64) Antoft R, Houlberg Salomonsen H. Det kvalitative casestudium -introduktion til en forskningsstrategi. In: Antoft R, Hviid Jacobsen M, Jørgensen A, Kristiansen S.: Håndværk & horisonter: tradition og nytænkning i kvalitativ metode Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2007. p. 29.
- (65) Psykiatrien i Region Nordjylland. Sengeafsnit S5. 2015; Available at: <http://psykiatri.rn.dk/Afsnit-og-ambulatorier/Her-findes-de-psykiatriske-sygehuse-sengeafsnit-og-ambulatorier/Aalborg-Universitetshospital---Psykiatrien/Ambulatorier-og-sengeafsnit-Moelleparkvej/Intensivt-Sengeafsnit-S5>. Accessed 09/22, 2015.
- (66) Psykiatrien i Region Nordjylland. Velkommen til Sengeafsnit S7. 2015; Available at: <http://psykiatri.rn.dk/Afsnit-og-ambulatorier/Her-findes-de-psykiatriske-sygehuse-sengeafsnit-og-ambulatorier/Aalborg-Universitetshospital---Psykiatrien/Ambulatorier-og-sengeafsnit-Moelleparkvej/Sengeafsnit-S7>. Accessed 09/22, 2015.
- (67) Psykiatrien i Region Nordjylland. Velkommen til Sengeafsnit S1. 2015; Available at: <http://psykiatri.rn.dk/Afsnit-og-ambulatorier/Her-findes-de-psykiatriske-sygehuse-sengeafsnit-og-ambulatorier/Aalborg-Universitetshospital---Psykiatrien/Ambulatorier-og-sengeafsnit-Brandevej/Sengeafsnit-S1.aspx>. Accessed 09/22, 2015.
- (68) Psykiatrien i Region Nordjylland. Sengeafsnit S10. 2015; Available at: <http://psykiatri.rn.dk/Afsnit-og-ambulatorier/Her-findes-de-psykiatriske-sygehuse-sengeafsnit->

og-ambulatorier/Aalborg-Universitetshospital---Psykiatrien/Ambulatorier-og-sengeafsnit-Moelleparkvej/Retspsykiatrisk-Sengeafsnit-S10. Accessed 09/22, 2015.

(69) Psykiatrien i Region Nordjylland. Sengeafsnit S9. 2015; Available at: <http://psykiatri.rn.dk/Afsnit-og-ambulatorier/Her-findes-de-psykiatriske-sygehuse-sengeafsnit-og-ambulatorier/Aalborg-Universitetshospital---Psykiatrien/Ambulatorier-og-sengeafsnit-Moelleparkvej/Retspsykiatrisk-Sengeafsnit-S9>. Accessed 09/22, 2015.

(70) Iben Hostrup. Korrespondance med Iben Hostrup, afdelingsledende sygeplejerske på afsnit S1, Klinik Syd Aalborg Universitetshospital. 2015.

(71) Annika Thomsen. Korrespondance med Annika Thomsen, souschef på afsnit S7, Klinik Syd Aalborg Universitetshospital. 2015.

(72) Projektleder i Region Nordjylland. Personligt møde d. 27/10/2015.

(73) Afdelingsledelsen S7/S8. Handleplan vedrørende KRAM risikofaktorer i afsnit S7/8 den 01.08.2013. 2013.

(74) Johansson N, Bonderup M. Handleplan for Sikker Psykiatri. Pakke livsstil og forebyggelse, KRAM. Afsnit S1, S2, S3, N8. 2015.

(75) Kjærgaard J, Mainz J, Jørgensen T, Willaing I. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet: en lærebog. 1.th ed. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2001.

(76) Projektsekretariatet for Sikker Psykiatri. Somatisk sygdom. Indikatorer for pakkerne. 2015.

(77) Anhøj J. Kompendium i kvalitetsforbedring for sundhedsarbejdere. 2014.

(78) Staunæs D, Søndergaard DM. Interview i en tangotid. In: Järvinen M, Mik-Meyer N, editors. Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv: interview, observationer og dokumenter Kbh.: Hans Reitzel; 2005. p. 303.

(79) Halkier B. Fokusgrupper. Frederiksberg: Samfundslitteratur; & Roskilde Universitetsforlag; 2002.

(80) Halkier B. Fokusgrupper. In: Brinkmann S, Tanggaard L. Kvalitative metoder: en grundbog. 4th ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2010. p. 121.

(81) Kvale S, Brinkmann S. Interview: introduktion til et håndværk: Hans Reitzel; 2009.

(82) Bloor M. Focus groups in social research. London: Sage Publications; 2001.

(83) Kristiansen S. Det 'teknologiske skift' i forskning? -eller om hvordan computersoftware kan gøre kvalitativ analyse bedre. In: Antoft R, Hviid Jacobsen M, Jørgensen A, Kristiansen S. Håndværk & horisonter: tradition og nytænkning i kvalitativ metode. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2007. p. 84.

(84) Rieper O, Foss Hansen H. Metodedebatten om evidens. AFK, København;2007.

(85) Munch Kristiansen H, Buus N, Tingleff EB, Blach Rossen C. Litteratursøgning i praksis: begreber, strategier og modeller. Sygeplejersken 2008;108(10, Tillæg):2-8.

(86) Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Materiale og metode. 2011; Available at: <http://www.si->

folkesundhed.dk/Statistik/Sundhedsprofil%202010/Materiale%20og%20metode.aspx.
Accessed 11/11, 2015.

(87) Dansk Sygeplejeråd, World Health Organization. Regional Office for Europe. Sundhed i det 21. århundrede: introduktion til rammen for sundhed for alle politikken i WHO's europæiske region: en dansk oversættelse. Kbh.: Dansk Sygeplejeråd; i samarbejde med Sundhedsministeriet; 1999.

(88) Kristensen TS. Sygdom og årsager til sygdom. In: Iversen L.: Medicinsk sociologi: Samfund, sundhed og sygdom. 1st ed. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2003. p. 15.

(89) Klarlund Pedersen B, Andersen LB. Fysisk aktivitet: håndbog om forebyggelse og behandling. Version: 3.1, revideret ed. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; Rosendahls-Schultz Distribution; 2011.

(90) Region Midtjylland. Center for Kvalitetsudvikling, Sundhedsstyrelsen. Systematisk forebyggelse til patienter: evaluering af pilotprojekt på Aalborg Sygehus, Aarhus Universitetshospital og Psykiatrien i Region Nordjylland. Version: 1.0. Sundhedsstyrelsen; 2011.

(91) Hjorth P, Davidsen AS, Kilian R, Pilgaard Eriksen S, Jensen SOW, Sørensen HØ, et al. Improving the physical health of long-term psychiatric inpatients. Aust N Z J Psychiatry 2014;48(9):861-861-70.

(92) Prebble K, Kidd J, O'Brien A, Carlyle D, McKenna B, Crowe M, et al. Implementing and maintaining nurse-led healthy living programs in forensic inpatient settings: an illustrative case study. J Am Psychiatr Nurses Assoc 2011;17(2):127-138.

(93) Hodgson SM, Irving Z. Studying policy, a way forward. In: Hodgson SM, Irving Z, editors. Policy reconsidered: meanings, politics and practices Bristol: Policy; 2007. p. 191.

(94) Andersen LB, Vestbo J, Juel K, Bjerg AM, Keiding N, Jensen G, et al. A comparison of mortality rates in three prospective studies from Copenhagen with mortality rates in the central part of the city, and the entire country. Copenhagen Center for Prospective Population Studies. Eur J Epidemiol 1998;14(6):579-585.

(95) Osler M, Linneberg A, Glumer C, Jorgensen T. The cohorts at the Research Centre for Prevention and Health, formerly 'The Glostrup Population Studies'. Int J Epidemiol 2011;40(3):602-610.

(96) John B Krejsler. Epistemologi, evidensbevægelse og folkesundhed. In: Glasdam S, Axelsen I. Folkesundhed i et kritisk perspektiv. 1. udgave. Dansk sygeplejeråd; Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2009. p. 117.

(97) Thing LF. Motion på recept er en svær pille at sluge! In: Glasdam S, Axelsen I. Folkesundhed i et kritisk perspektiv. 1. udgave. Dansk sygeplejeråd; Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2009. p. 271.

(98) Margaretha Järvinen. Klassisk og moderne samfundsteori. 5th ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2013.

(99) Flyvbjerg B. Fem misforståelser om casestudiet. In: Brinkmann S, Tanggaard L. Kvalitative metoder: en grundbog. 4th ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2010. p. 463.

- (100) Juul S. Epidemiologi og evidens. 2nd ed. Kbh.: Munksgaard; 2012.
- (101) Ege Møller J. Kvalitative tendenser og kvantitative aflejringer. In: Ege Møller J, Bengtsen SSE, Munk KP. *Metodefetichisme: kvalitativ metode på afveje?* Aarhus: Aarhus Universitetsforlag; 2015. p. 23.
- (102) Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. 3. udgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
- (103) Christensen U, Schmidt L, Dyhr L. The qualitative research interview. In: Vallgård S, Koch L. *Research methods in public health* København: Gyldendal Akademisk; 2008. p. 63.
- (104) Brinkman S. Etik i en kvalitativ verden. In: Brinkmann S, Tanggaard L. *Kvalitative metoder: En grundbog*; Hans Reitzels Forlag; 2010. p. 429.
- (105) Thagaard T. *Systematik og indlevelse: en indføring i kvalitativ metode*. Akademisk forlag; 2004.
- (106) Dreyer Hansen A. Diskursteori i et videnskabsteoretisk perspektiv. In: Fuglsang L, Bitsch Olsen P. *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne: på tværs af fagkulturer og paradigmer*. 2nd ed. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag; 2004. p. 389.
- (107) Tjørnhøj-Thomsen T, Ploug Hansen H. Overskridelsens etik. Erfaring, analyse og repræsentation. In: Hastrup K. *Mellem mennesker. En grundbog i antropologisk forskning*. 1st ed.: Hans Reitzels Forlag; 2009.
- (108) Region Nordjylland. *Epikrise. Retningslinjer for udarbejdelse og indhold af den gode epikrise*. 2015; Available at: <https://pri.rn.dk/Sider/15533.aspx>. Accessed 12/10, 2015.
- (109) Region Nordjylland. *Den Administrative Sundhedsaftale: De nordjyske kommuner og Region Nordjylland*. 2015.
- (110) Bjerg K. *Skriveguiden til offentlige virksomheder*. Kbh.: Hans Reitzel; 2014.
- (111) Müller P, Sundhedsstyrelsen. *Opsporing og behandling af overvægt hos voksne*. Kbh.: Dansk Selskab for Almen Medicin; i samarbejde med Fonden for tidsskrift for praktisk lægegerning; 2009.
- (112) Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health. *Open Epi 2x2 Table*. 2015; Available at: <http://www.openepi.com/TwoByTwo/TwoByTwo.htm>. Accessed 11/12, 2015.
- (113) Region Nordjylland. *Dokumentstyring i PRI*. 2015; Available at: <http://www.rn.dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Kvalitet-og-patientsikkerhed/Kvalitet/Dokumentstyring-PRI.aspx>. Accessed 12/01, 2015.

BILAGSLISTE

- Bilag 1: KRAM-registreringsark
- Bilag 2: Journalark til rygevanesamtale
- Bilag 3: PAS-analyse
- Bilag 4: Tabel til vurdering af ikke-tilfældig variation
- Bilag 5: Spørgeguide til fokusgruppeinterviews
- Bilag 6: Michael Blooms transskriberingsregler
- Bilag 7: Observationsguide
- Bilag 8: Opslag forud for besøg
- Bilag 9: Opslag forud for observationer
- Bilag 10: Brev til fokusgruppedeltagere
- Bilag 11: Samtykkeerklæring
- Bilag 12: Eksempel på kodning i Nvivo
- Bilag 13: Systematisk litteratursøgning
- Bilag 14: Udvalgte artikler

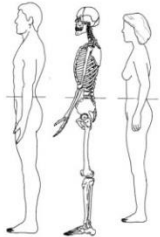
BILAG 1: KRAM-REGISTRERINGSARK

Bilag 1 ud af 14

Bilag: KRAM registreringsark til registrering af både screening og intervention		Label med patientoplysninger	
TRIN 1: KRAM SCREENING		TRIN 2: KRAM INTERVENTION v. identificerede risikofaktorer	
Dato: ___/___/___ Init.: ___ Brugernavn/alias: ___		Dato: ___/___/___ Init.: ___ Brugernavn/alias: ___	
Risikofaktor	Ja	Nej	Procedurekode registreres i PAS ved gennemført forebyggelses-samtale
A: Overvægt			
A1) Er patientens BMI over 25? For ældre + 65 år: Er BMI over 29?			BOFS03
A2) Er patientens taljemål over: 80 cm (kvinde) / 94 cm (mand)?			
A3) Er pt. i antipsykotisk behandling?			
B: Underernæring			
B1) Er patientens BMI under 18.5? For ældre + 65 år: er BMI under 24?	Ja	Nej	BOFS03
B2) Har patienten haft et utilsigtet/patologisk vægttab de sidste tre måneder?			
B3) Har patienten haft et betydeligt nedsat kostindtag i den sidste uge?			
C: Ryvning			
Ryger patienten dagligt?	Ja	Nej	
D: Alkohol			
Drikker patienten over de anbefalede genstandsgrenser?	Ja	Nej	BOFS01
Maksimalt genstandsgrenser uden høj risiko for at skade sit helbred: Genstande pr uge: Kvinder 7 / mænd 14. Dog maks. 5 genstande i døgnet.			
E: Motion - Fysisk inaktivitet			
Er patienten fysisk aktiv mindre end 30 minutter pr. dag?	Ja	Nej	
(Moderat intensitet hvor pulsen kommer op, fx raske gåture, cykling, træning)			
Patienten formår ikke/ønsker ikke at medvirke til d.d. int.: ___/___/___ d.d. int.: ___/___/___			
Ny screening planlagt til d.d. int.: ___/___/___ d.d. int.: ___/___/___			
Andre kommentarer:			
Screeningskemaet ligger i sygeplejejournalen under indlæggelsen. Når patienten udskrives og/eller er i ambulans behandling skal screeningskemaet ligge i patientjournalen.			
			Vers. 130315

Vejledning til udfyldelse af KRAM registreringsark:

OBS: Alle spørgsmål under trin 1 SKAL besvares, i trin 2 vælges relevant intervention.

<p>Vedr. A Overvægt</p>	<p>Blot ét ja på spørgsmålene A1-A2 betyder: patienten har den sundhedsmæssige risikofaktor overvægt uden specifikation, kodes i PAS. Trin 2 iværksættes. B1: BMI (Body mass index): $\text{Vægt(kg)} / (\text{højde (m)} \times \text{højde (m)})$. Se BMI beregner nedenfor.</p>  <p>A2: Taljemål: Taljemålet findes i stående stilling ved at placere målebåndet vandret omkring maven og ud fra punktet midt mellem hofteskammen og det nederste ribben (på siden af kroppen). Taljeomkredsen registreres til nærmeste hele cm efter at personen i afslappet tilstand har foretaget en eksspiration. Når BMI > 35: livvidde måles nødvendigvis <u>ikke</u>, da risikoen for følgesygdomme er lige stor uanset taljemål</p>
<p>Vedr. B Underernæring</p>	<p>Blot ét ja på spørgsmålene B1-B3 betyder, at der er klinisk mistanke om underernæring, kodes i PAS. Trin 2 iværksættes. OBS: Hvis patienten er i gang med et sundt kontrolleret vægttab pga. overvægt, svares ikke ja til spm. B2 og B3. B1: BMI (Body mass index): $\text{Vægt(kg)} / (\text{højde (m)} \times \text{højde (m)})$ B2: Et utilsigtet patologisk vægttab=vægttab på 5-10 kg over 3-6 måneder B3: Et betydeligt nedsat kostindtag= ca. 75% af behovet</p>
<p>Vedr. D Alkohol</p>	<p>Et alkoholforbrug over genstandsrørerne betyder at patienten har den sundhedsmæssige risikofaktor storforbrug af alkohol, kodes i PAS. Trin 2 vedr. alkohol iværksættes. En genstand er 12 gram ren alkohol. (1,5 cl) Det svarer stort set til indholdet i : <input type="checkbox"/> 1 pilsner (33 cl) . <input type="checkbox"/> 1 glas vin (12 cl). (1 flaske vin (75 cl – 12%) indeholder ca. 6 genstande) <input type="checkbox"/> 1 glas hvidvin (8 cl). <input type="checkbox"/> 1 glas spiritus (4 cl). (1 flaske spiritus indeholder 18-20 genstande)</p>
<p>Vedr. E Fysisk inaktivitet</p>	<p>Screeningsspørgsmålet om fysisk inaktivitet går på to faktorer: tid og intensitet. 1) Tidsfaktoren handler om hvorvidt patienten sammenlagt motionerer over eller under 30 minutter om dagen. Motionsmængden kan være opdelt i mindre perioder, fx 15 minutter om morgenen og 15 minutter senere, eller 3 gange 10 minutter i løbet af dagen. - Anbefaling: Min. 30 minutter dagligt for voksne og 60 minutter for børn. 2) Intensitetsfaktoren handler om, hvorvidt den fysiske aktivitet kan kategoriseres som af "moderat intensitet" eller ej. Moderat fysisk aktivitet dækker alle former for ustruktureret aktivitet/motion, hvor pulsen skal op, og hvor du kan tale med andre imens. Eksempel på fysisk aktivitet af moderat intensitet: Cykle og gang til og fra arbejde, have arbejde, trappegang, en jogge tur og motionsidræt. Minimumsgrænsen for moderat fysisk aktivitet svarer til en gennemsnitshastighed på 4 km/t. v. gang. Ja til at en eller begge af disse faktorer ikke er opfyldt, betyder at patienten har den sundhedsmæssige risikofaktor fysisk inaktivitet og Trin 2 iværksættes</p>

BMI beregner:

Højde i meter	Vægt i kilo																											
	48	52	56	60	64	68	72	76	80	84	88	92	96	100	104	108	112	116	120	124	128	132	136					
1.50	21	23	25	27	28	30	32	34	36	37	39	41	43	44	46	48	50	52	53	55	57	59	60					
1.52	21	23	24	26	28	29	31	33	35	36	38	40	42	43	45	47	48	50	52	54	55	57	59					
1.54	20	22	24	25	27	29	30	32	34	35	37	39	40	42	44	46	47	49	51	52	54	56	57					
1.56	20	21	23	25	26	28	30	31	33	35	36	38	39	41	43	44	46	48	49	51	53	54	56					
1.58	19	21	22	24	26	27	29	30	32	34	35	37	38	40	42	43	45	46	48	50	51	53	54					
1.60	19	20	22	23	25	27	28	30	31	33	34	36	38	39	41	42	44	45	47	48	50	52	53					
1.62	18	20	21	23	24	26	27	29	30	32	34	35	37	38	40	41	43	44	46	47	49	50	52					
1.64	18	19	21	22	24	25	27	28	30	31	33	34	36	37	39	40	42	43	45	46	48	49	51					
1.66	17	19	20	22	23	25	26	28	29	30	32	33	35	36	38	39	41	42	44	45	46	48	49					
1.68	17	18	20	21	23	24	26	27	28	30	31	33	34	35	37	38	40	41	43	44	45	47	48					
1.70	17	18	19	21	22	24	25	26	28	29	30	32	33	35	36	37	39	40	42	43	44	46	47					
1.72	16	18	19	20	22	23	24	26	27	28	30	31	32	34	35	37	38	39	41	42	43	45	46					
1.74	16	17	18	20	21	22	24	25	26	28	29	30	32	33	34	36	37	38	40	41	42	44	45					
1.76	-	17	18	19	21	22	23	25	26	27	28	30	31	32	34	35	36	37	39	40	41	43	44					
1.78	-	16	18	19	20	21	23	24	25	27	28	29	30	32	33	34	35	37	38	39	40	42	43					
1.80	-	16	17	19	20	21	22	23	25	26	27	28	30	31	32	33	35	36	37	38	40	41	42					
1.82	-	16	17	18	19	21	22	23	24	25	27	28	29	30	31	33	34	35	36	37	39	40	41					
1.84	-	-	17	18	19	20	21	22	24	25	26	27	28	30	31	32	33	34	35	37	38	39	40					
1.86	-	-	16	17	18	20	21	22	23	24	25	27	28	29	30	31	32	34	35	36	37	38	39					
1.88	-	-	16	17	18	19	20	22	23	24	25	26	27	28	29	31	32	33	34	35	36	37	38					
1.90	-	-	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	27	28	29	30	31	32	33	34	35	37	38					
1.92	-	-	-	16	17	18	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	33	34	35	36	37					
1.94	-	-	-	16	17	18	19	20	21	22	23	24	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36					
1.96	-	-	-	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35					
1.98	-	-	-	16	17	18	19	20	21	22	23	24	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36					
2.00	-	-	-	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35					

BMI klassifikationer for voksne i henhold til WHO's definitioner:

Undervægtig (blå): under 18,5
 Normalvægtig: (grøn) 18,5-25
 Overvægtig: (gul) 25-30
 Svært overvægtig: (rød) over 30

OBS ældre +65 år:
 Normalgrænse BMI: 24-29
 Overvægt: BMI større end 29

Undervægt: BMI mindre end 24

BILAG 2: JOURNALARK TIL RYGEVANESAMTALE

Bilag 2 ud af 14

JOURNALARK TIL REGISTERING AF RYGEVANER

Patientnavn: _____

Cpr.nr: _____ Udfyldt d.: _____

1. Rygeadfærd

- Ryger dagligt
- Ryger lejlighedsvist
- Eksryger fra den _____
- Tidl. forsøgt rygestop

2. Gram tobak dagligt

1-10g.	0
11-20g.	1
21-30g.	2
31g. +	3

1 cigaret = 1g. 1 cerut = 3g. 1 cigar = 4g. 1 pibe = 3g.

3. Hvor lang tid går der, fra du vågner til du ryger?

< 5 min.	3
6-30 min.	2
31-60 min.	1
60 min +	0

4. Ryger du mere først på dagen end resten af dagen?

Ja	1
Nej	0

5. Ryger du også, når du pga. af sygdom er sengeliggende?

Ja	1
Nej	0

6. Har du svært ved at lade være med at ryge, hvor det er forbudt?

Ja	1
Nej	0

7. Hvilken cigaret er sværest at undvære?

Den om morgenen	1
En anden	0

8. Har røget i _____ år

9. Bor du sammen med en ryger?

- Ja
- Nej

10. Oplever du gener i forbindelse med tobaksrygning?

- Ja
 - Nej
- Hvis ja, hvilke?

11. Motivation for rygeophør

- Ingen aktuelle overvejelser
- Overvejer at holde op
- Vil gerne holde op (indenfor 1 måned)

12. Supplerende oplysninger:

Fagerstrøm-score (spr. 2-7) =



REGION NORDJYLLAND

vnr. 000026

13. Kulitemåling

Dato _____ ppm _____
Dato _____ ppm _____
Dato _____ ppm _____
Dato _____ ppm _____
Dato _____ ppm _____

14. Information

Oplyst om risici/gevinster/passiv rygning
 Ja Nej
Oplyst om aktuelle sygdom
 Ja Nej
Oplyst om nikotinerstatning
 Ja Nej
Udleveret informationsmateriale
 Ja Nej

15. Henvist til rygestopkursus?

Ja Dato: _____
 Nej
 Vejledt i at finde rygestoptilbud,
hvilket: _____

16. Nikotinsubstitution under indlæggelsen

Dato _____ Dato _____

Behandling:	Behandling:
Plaster ___ mg ___ t.	Plaster ___ mg ___ t.
Tyggegum. ___ mg	Tyggegum. ___ mg
Sugetbl. ___ mg	Sugetbl. ___ mg
Resoriblet ___ mg	Resoriblet ___ mg
Inhalator ___ mg	Inhalator ___ mg
Næsespray ___ mg	Næsespray ___ mg
Andet _____	Andet _____

17. Nikotinsubstitution ved udskrivelse/afslutning

Dato _____ Dato _____
Ryger: Ja ___ Nej ___ Ryger: Ja ___ Nej ___

Behandling:	Behandling:
Plaster ___ mg ___ t.	Plaster ___ mg ___ t.
Tyggegum. ___ mg	Tyggegum. ___ mg
Sugetbl. ___ mg	Sugetbl. ___ mg
Resoriblet ___ mg	Resoriblet ___ mg
Inhalator ___ mg	Inhalator ___ mg
Næsespray ___ mg	Næsespray ___ mg
Andet _____	Andet _____

Formålet med Rygevanesamtalen er:

- at kende patientens rygevaner, for dermed at kunne give den optimale behandling i fht. rygerelaterede problemstillinger.
- at opnå helbredsmæssige gevinster da selv en mindre tobaksforebyggende indsats giver en større stoprate.
- at dokumentere en tobaksforebyggende indsats.

BILAG 3: PAS-ANALYSE

Bilag 3 ud af 14

Formålet med følgende analyse er at vise, hvor stor andelen af personer med en KRAM-diagnosekode, der har modtaget en tilhørende forebyggelsessamtale²³.

METODE

I det følgende beskrives den metodiske fremgangsmåde i analysen, herunder datakilder og variable samt bearbejdning af data.

DATAKILDER

Dataudtræk fra det Patient Administrative System (PAS) er fra året 2014 og frem til september 2015. Udtrækkene indeholder patientspecifikke informationer over udskrevne patienter fra sengeafsnit S1 og S7, hvor der er registreret en KRAM-diagnosekode og/eller en KRAM-procedurekode.

VARIABLE

Indenfor hver KRAM-risikofaktor er der konstrueret to variable. Den første viser antal patienter med en bidiagnosekode, dvs. patienter der er screenet positiv i KRAM-screeningen. Den anden viser antal af patienter, hvor der er registreret en procedurekode, dvs. patienter der har modtaget en forebyggelsessamtale eller anden intervention.

PAS-udtrækkene er udleveret på papir og derfor gennemgået ved en manuel optælling. Optællingerne er foretaget af begge gruppemedlemmer, der hver registrerede optællingerne i Excel. Ved uoverensstemmelser i gruppemedlemmernes registreringer blev der foretaget en genoptælling.

Genindlæggelser er hyppige indenfor psykiatrien (42), og det fremgår af de kliniske retningslinjer, at såfremt der er foretaget en screening eller afholdt en forebyggelsessamtale indenfor det seneste år, skal der ikke tilbydes på ny (19). Af de tilgængelige data fra PAS fremgår det ikke, hvorvidt patienten indenfor det seneste år har modtaget en intervention i et

²³ Første dataudtræk tillod ikke undersøgelse af andelen af KRAM-screeninger, hvormed nye udtræk, der viste dette, blev bestilt. Disse blev dog ikke anvendt, da der i mellemtiden blev truffet beslutning om at foretage journalaudit i stedet. Af denne fremgik det, at der var uoverensstemmelser mellem registreringer af bidiagnoser i journal og i PAS.

andet regi, eksempelvis i forbindelse med et ambulant besøg eller en tidligere indlæggelse på et andet afsnit, da udskrifterne fra PAS er afsnitsspecifikke. For at tage højde for genindlæggelser på samme afsnit er udtræk fra PAS fra 2014 gennemgået for at undersøge, om der var foretaget screening eller intervention indenfor det seneste år. Det vil således blive angivet, at personen har modtaget en intervention, såfremt dette dokumenteres.

DATABEARBEJDNING

Der udarbejdes en deskriptiv analyse af registreringerne i PAS, hvor antal procedurekoder sættes i forhold til antal diagnosekoder. Stikprøvestørrelsens betydning for resultaterne blev analyseret ud fra beregnede 95% konfidensintervaller.

RESULTATER

Generelt er det ikke alle patienter med en bidiagnose, der modtager en forebyggelsessamtale. Af tabel 2 ses antal procedurekoder i forhold til diagnosekoder blandt indlagte på S1 og S7 i år 2015. Det fremgår af tabellen, at andelen, der modtager en forebyggelsessamtale som opfølgning på en bidiagnose, er størst blandt patienter indlagt på S1. På S7 er der ikke registreret forebyggelsessamtaler. Samlet for alle KRAM-risikofaktorer modtager 38,5 % en forebyggelsessamtale på S1. Usikkerheden forbundet med resultaterne fremgår af de tilhørende konfidensintervaller. Få observationer indenfor alle KRAM-diagnoser bidrager til, at konfidensintervallerne generelt er brede. I den samlede opgørelse over alle KRAM-diagnoser på S1 ligger konfidensintervallet på 29-49%, hvilket vil sige at med 95% sandsynlighed ligger andelen med en procedurekode, der er registreret med en diagnosekode, inden for dette interval. På S7 er der 95% sandsynlighed for, at andelen med diagnosekode og procedurekode ligger indenfor intervallet 0-5%. Usikkerheden på S7 er således ikke lige så stor som på S1, da opgørelserne viser, at 0 ud af 93 patienter med en diagnosekode er registreret med en procedurekode.

Table 2 Undersøgelse af intervention. Andel af personer med en KRAM diagnosekode, der har modtaget en tilhørende intervention i 2015, opgjort i tal (procedurekoder/diagnosekoder), procent (%) og 95% konfidensinterval (CI).

Afsnit	Samlet alle bidiagnoser	Overvægt	Undervægt	Rygning	Alkohol	Motion
S1	37/96 38,5% (CI=29;49)	16/30 53,3% (CI=36;70)	4/10 40,0% (CI=17;69)	7/29 24,1% (CI=12;42)	5/7 71,4% (CI=35;92)	5/20 25,0% (CI=11;47)
S7	0/93 0% (CI=0;5)	0/25 0% (CI=0;16)	0/19 0% (CI=0;20)	0/22 0% (CI=0;18)	0/5 0% (CI=0;49)	0/22 0% (CI=0;18)

Den samme patient kan under hver KRAM-risikofaktor kun indgå én gang i opgørelserne på hvert afsnit, men den samme patient kan indgå i opgørelserne flere gange, hvis en indlæggelse har fundet sted på begge afsnit.

DISKUSSION AF RESULTATER

Ovenstående resultater viser, at en bidiagnose ikke altid ledsages af en forebyggelsessamtale samt at der er forskel på omfanget af forebyggelsessamtaler på S1 og S7.

Det skal fremhæves, at ovenstående resultater ikke afspejler den konkrete opfyldelse af kvalitetsmålene for interventionselementet, da kriterierne for opfyldelse heraf favner bredere. For at opfylde kravet til interventionselementet skal der ligeledes oprettes en plejeplan, fx en ernæringsplan ved overvægt. Desuden er det på S1 et krav, at der skal være dokumentation for evaluering af plejeplaner og aktiv overlevering eller patientens fravælgelse af dette.

Resultaterne rummer en vis usikkerhed, da der ikke til fulde kan tages højde for genindlæggelser og tværsektorielle registreringer, men resultaterne viser, at en bidiagnose ikke altid ledsages af en forebyggelsessamtale under den enkelte indlæggelse.

Det totale fravær af procedurekoder på S7 vækker mistanke om fejl i registreringsproceduren, da en journalaudit fra 2014 vidner om, at afsnittet på daværende tidspunkt foretog interventioner på baggrund af KRAM-screeningen, hvilket ud fra handleplanen forventes at være forebyggelsessamtaler. På baggrund af dette har specialegruppen udført en journalaudit, således opfyldelsen af ledelsens opsatte kvalitetsmål med hensyn til screening og intervention er undersøgt mere detaljeret. Beskrivelse af metoden dertil fremgår af kapitel 7 og resultater frem af kapitel 8.

BILAG 4: TABEL TIL VURDERING AF IKKE-TILFÆLDIG VARIATION

Bilag 4 ud af 14

Fra Anhøj, J. (2014): Kompendium i kvalitetsforbedring for sundhedsarbejdere (77, s. 27)

2.7 Grænseværdier for længste serie og antal kryds i seriediagrammer

Ikke-tilfældig variation findes, hvis den længste serie er *længere* end grænseværdien *eller* hvis antallet af kryds er *lavere* end grænseværdien.

Antal datapunkter som ikke er på medianen	Øvre grænse for længste serie	Nedre grænse for antal kryds
10	6	2
11	6	2
12	7	3
13	7	3
14	7	4
15	7	4
16	7	4
17	7	5
18	7	5
19	7	6
20	7	6
21	7	6
22	7	7
23	8	7
24	8	8
25	8	8
26	8	8
27	8	9
28	8	9
29	8	10
30	8	10
31	8	11
32	8	11
33	8	11
34	8	12

OBS: Tabellen fortsætter til 100 brugbare observationer (kolonne 1), men vises ikke, da det ikke har relevans for analyser i dette speciale

BILAG 5: SPØRGEGUIDE

Bilag 5 ud af 14

SPØRGEGUIDE TIL FOKUSGRUPPEINTERVIEW MED PERSONALE PÅ HHV. S1 OG S7

REFLEKSION FORUD FOR KONSTRUKTIONEN AF SPØRGEGUIDEN:

1. Hvilke fænomener skal deltagerne tage stilling til?

Den forebyggende indsats / generel forebyggelse af KRAM risikofaktorer

2. Hvad vil man gerne have svar på om fx deres holdninger, adfærd eller forbrug?

Vi vil gerne have indblik i, hvordan personalet italesætter og forstår fænomener vedrørende den forebyggende indsats.

Vi vil gerne svar på deres prioritering af KRAM-forebyggelsen. Synes de, det er vigtigt og hvorfor/hvorfor ikke?

Hvordan foregår tiltaget i praksis? Hvordan sikrer i jer, at det bliver dokumenteret?

Vi vil gerne vide, hvad de opfatter der skal til for at forebygge KRAM risikofaktorer blandt patienter -er tiltaget den rigtige måde at gøre det på?

Vi vil gerne vide, hvem de tænker, der har ansvaret for, at KRAM risikofaktorer forebygges.

Vi vil vide hvilke muligheder for forandring personalet ser.

3. Hvad skal produktet være af fokusgruppeinterviewet?

Gennem analyse af personalets italesættelser af den forebyggende indsats, søges der kendskab til de diskurser, sundhedspersonalet trækker på i deres kliniske (sociale) praksis. Dette vil indgå i analysen af det samlede felts diskursordener. Dette vil være udgangspunkt for en videre analyse af indsatsens forandringsmuligheder med henblik på videre implementering.

4. I hvilken form skal produktet afleveres? Skal deltagerne give svar?

Transskriberede interviews.

INFORMATION TIL DELTAGERNE

Fokusgruppeinterviewet indledes med en introduktion, der skaber rammerne for den sociale interaktion således processen i fokusgruppen faciliteres.

INFORMATION OM FORMÅLET:

Moderator: "Som I ved, er den struktur der er udformet til at forebygge KRAM risikofaktorer noget relativt nyt indenfor psykiatrien, og den har udviklet sig over tid bl.a. grundet de nye pakkeforløb (For S1: og for Jeres vedkommende gennem Projekt Sikker Psykiatri). I har sikkert tidligere oplevet, at det tager tid før en ny indsats bliver en naturlig del af ens arbejde og sådan vil implementering af nye indsatser altid være en løbende proces.

Formålet med vores speciale, og grunden til vi har brug for jeres hjælp, er, at vi ønsker at finde ud af, hvordan forskellige grupper i sundhedsvæsenet, herunder ledelsen, I som personale og patienterne forholder jer til den indsats der samlet indebærer både KRAM-screeningen, interventioner og den dokumentation det kræver. Målet er at identificere indsatsens forandringspotentialer og at komme med konkrete forslag til gavn for indsatsen. Interviewet i dag handler lidt overordnet om KRAM-faktorer og fysisk sundhed i psykiatrien, samt det konkrete forebyggende arbejde her på afsnittet".

HVAD KOMMER DER TIL AT FOREGÅ I DAG?

Moderator: "Interviewet varer ca. 1 time, og bliver optaget på diktafon. Der er ingen andre end os (moderator og medmoderator), der hører eller ser udskriften. I kan få den tilsendt såfremt I ønsker dette. Optagelserne vil blive slettet efter offentliggørelsen af projektets resultater. Vi vil anvende citater fra interviewet i det skriftlige projekt, men I vil være fuldt anonymiserede -både i det skriftlige materiale og ved vores fremlæggende.

Interviewet i dag er lidt anderledes end det, man ellers forbinder med at blive interviewet, hvor det bliver stillet en masse spørgsmål. Min rolle som moderator vil undervejs blot være, at præsentere nogle emner, som I så frit kan tale med hinanden ud fra. Her vil jeg både udlevere noget tekst til jer I kan snakke ud fra og ind imellem vil jeg også stille nogle konkrete spørgsmål.

Jeres deltagelse er naturligvis frivillig, og I kan på ethvert tidspunkt trække jer fra interviewet. Dette vil på ingen måde få betydning for jeres ansættelse. Alles erfaringer og fortællinger er lige vigtige - og der er ingen rigtige og forkerte svar. Det er jer, der er eksperterne, så vi er her for at lære noget af jer"

Medmoderator: "Min rolle i dag er blot at overvære jeres samtale og det kan desuden være, jeg undervejs stiller et par spørgsmål. Jeg sidder og tager lidt noter undervejs. Dette kan være ting jeg skal huske at spørge om, eller noget jeg bemærker, som ikke kommer med på lydfilen".

(skrive under på samtykke)

SELVE GUIDEN

Generelle opmærksomhedspunkter:

- Omtaler deltagerne patienter som psykisk syge, som deres diagnoser, helhedssyn på menneskerne?
- Hvilke modalverber anvendes? Kan, skal, bør?
- Fundamentalistisk syn på forebyggelsen?

INTRODUKTIONSRUNDE:

Diktafon startes her.

Moderator, medmoderator og deltagerne starter alle med at sige deres navn og fortælle om dem selv.

	Faciliterende spørgsmål	Opmærksomhed
Indledende -beskrivende spørgsmål		
Opgave: Forestil I skal forklare en kollega fra et andet speciale, hvordan I på afdelingen har fokus på KRAM-faktorerne kost, rygning, alkohol og motion.	Vil I prøve at beskrive et typisk KRAM-forløb?	Italesættes forebyggelse som noget de SKAL eller bare noget de gør? Prioriteres det? Hvilken habitus udtrykkes?
Tema: Behov/prioritering		
Tal ud fra kort: "Fysisk sundhed blandt psykiatriske patienter" Tal ud fra kort: "Forebyggelse af KRAM-risikofaktorer" Tal ud fra kort: "Prioritering af forebyggelsen"	Hvad tænker I om den høje dødelighed indenfor psykiatrien grundet somatiske sygdomme?" Diskuter hvilke patienter I synes har behov for KRAM forebyggelse?	Hvilke ord anvendes der om hvor alvorlig problemstillingen er? Primær, sekundær og/eller tertiær forebyggelse? Hvilke ord bruger de til at vurdere hvor vigtigt det er at forebygge risikofaktorer

Tema: Personalets ejerskab		
<p>Spørgsmål: “Hvilken rolle kan I som personale spille i forebyggelsen af KRAM risikofaktorer blandt patienterne?”</p> <p>Udlever handleplan- lade dem diskutere frit ud fra denne</p>	<p>Diskuter hvilken betydning I tror indsatsen har for patienternes livsstil fremadrettet</p> <p>Hvad er baggrunden for denne indsats?</p>	<p>Hvilken ejerskab og forståelse er der for indsatsen? Er der dele af indsatsen, som de tillægger mere ejerskab?</p> <p>Habitus?</p> <p>Udtrykker personalet kendskab til handleplanen og ejerskab for den?</p> <p>Hvordan oversættes krav fra politikere/ledere? Hvilke diskurstyper trækkes der på?</p>
Tema: Implementering		
<p>Spørgsmål: Diskuter hvor langt I er med at implementere tiltaget.</p> <p>Tal ud fra kort: Udsnit af LUP-undersøgelserne. Diskuter resultaterne.</p> <p>Afsluttende spørgsmål Har I idéer til, hvordan den forebyggende indsats kan forbedres?</p>	<p>Er det blevet en rutine at dokumentere?</p> <p>“Hvorfor tror I, at der er så få patienter der tilsyneladende oplever, at der tales om livsstil under deres indlæggelse?”</p>	<p>Fokus på evidens, livskvalitet, kvalitetsmål etc.</p> <p>Finder personalet de nuværende elementer i forebyggelsen relevante?</p>

AFSLUTNING PÅ INTERVIEW

Medmoderator: [uddybende spørgsmål]

Moderator: ”Vi er kommet omkring det hele nu, men er der noget, som I brænder inde med, I ikke har fået sagt, så kan I bringe det på banen nu.

Hvis I gerne vil have det transskriberede interview, så kan vi sende til jer på mail til jer. Så sender vi det, når det er transskriberet.

I har desuden mulighed for at få tilsendt det endelige speciale, efter vi har forsvaret det sidst i januar.

Tak fordi I havde lyst til at deltage”.

TIDSPLAN

1. kvarter

Tjek at alle ting i introduktion er gjort, samt at der er underskrevet samtykke

2. kvarter

Obs på kropssprog.

Er der nogen der bare taler efter munden. -er der en der dominerer og afbryder de andre meget?

Refleksive noter fx vedrørende moderatoren rolle

3. kvarter

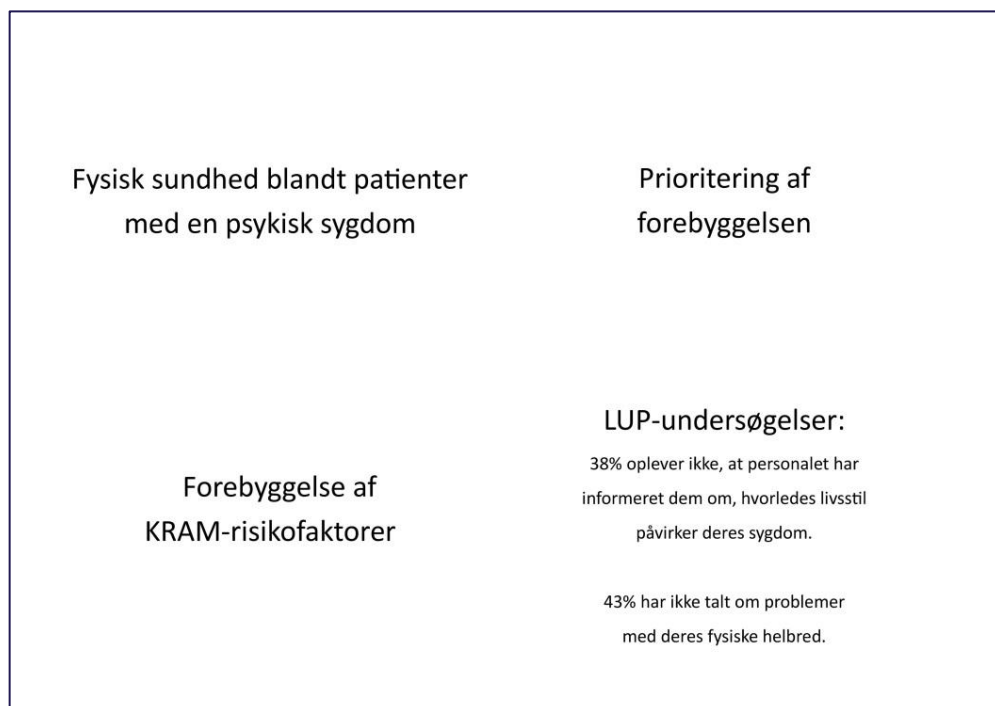
Obs på hvad vi mangler at få svar på i spalte 1.

En der ikke har sagt så meget? Evt stil vedkommende et opfølgende spørgsmål.

4. kvarter

Stille opfølgende spørgsmål, fx hvis der mangler noget af det i spalte 1.

DE FIRE KORT DER UDLEVERES UNDERVEJS



BILAG 6: MICHAEL BLOORS TRANSSKRIBERINGSREGLER

Bilag 6 ud af 14

Fra Bloor, M. (2001). Focus groups in social research (82).

- Ufærdige sætninger og meget korte udtryk transskriberes i teksten fx "mm" og "ja-eh"
- Ved utydelig udsagn, forsøges at skrive så meget man kan udfra hukommelsen. Ellers skrives det i teksten, at der er utydelig tale
- Teksten skal ikke renses for "øh", "ikk'os" og "så det"..
- Der må ikke ændres ordstilling i teksten
- Mundtlige udtryk som latter, protestfnys og bekræftende og benægtende lyde skal også markeres

Tegn anvendt i transskriptioner:

[] til overlap i tale

() til uforståelig tale

__ til når taler selv understreger noget

STORE BOGSTAVER til høje udbrud

[latter] til øvrige mundtlige udtryk

.... Til kortere pauser

[pauser] Til længere pauser

CITERING I ANALYSEN

Enkelte citaterne i analysen er samtaler, hvor talerne afbryder hinanden. Dette er transskriberet som overlap i tale. Tegnene herfor er fjernet i analysen for læsevenligheden skyld, da det i de givne eksempler ikke havde betydning for tolkningen.

Ved citeringen er der i lange citater af pragmatiske årsager taget enkelte sætninger eller afbrydelser ud, hvor disse ikke havde betydning for analysen. Dette markeres med [...]. Fx er en informants anerkendende afbrydelse i form af "Ja" erstattet med [...] i følgende citat:

Informant E: "vi har skulle implementere i forhold til det kram her. Og lige nu er vi måske i sådan en periode, hvor vi lige skal få det hele til at finde et leje, fordi, altså det skal selvfølgelig ikke forprioriteres for alt mulig andet, men det er lige så vigtigt som [...] den psykiske tilstand. Fordi der har også været noget med, at så arbejdede vi meget med at lave de her plejeplaner lige i forhold til KRAM, ikk? Og så ikke endte det næsten med, at det eh, der kun stod plejeplaner på kram-faktorer"

Informant B: "og man ikke kunne se, hvad de var indlagt med..."

(l. 480-487)

Citatet er anvendt i analysen af den kliniske praksis på S1.

BILAG 7: OBSERVATIONSGUIDE

Bilag 7 ud af 14

Med inspiration i Creswells måde at strukturere feltnoter på er observationsguiden inddelt i *deskriptive noter* og *refleksive noter* (48). De deskriptive noter vil indeholde de observeredes konkrete ordvalg og beskrivelse af de observerede handlinger. I de refleksive noter vil der derimod være mulighed for at reflektere over, hvilken betydning ens tolkning af observationen har, og derudover vil de refleksive noter også anvendes til fortolkninger af det observerede. Derudover er observationen beskrevet kronologisk med henblik på at udarbejde en fyldig beskrivelse af de komplekse processer, der foregår i observation og som ikke indfanges i interviewguiden.

REFLEKSIONER FORUD FOR KONSTRUKTIONEN AF OBSERVATIONSGUIDEN

Hvad vil vi gerne have svar på om fx deltagernes holdninger og adfærd?

- Vi vil gerne have indblik i *hvilke italesættelser, der karakteriserer patienternes og personalets forståelse for forebyggelse af KRAM risikofaktorer*. Her såvel primær, sekundær og tertiær forebyggelse. Dvs. der observeres både personale, de patienter der har en kendt KRAM risikofaktor og de der ikke har.

Hvad skal produktet være af observationen?

- Deskriptive og refleksive feltnoter, uddybende beskrivelse af konteksten, kronologisk beskrivelse processen der kan belyse det, som bl.a. ikke er med i observationsguiden

GENERELLE OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER:

- Hvilke ord anvendes der om hvor alvorlig problemstillingen er?
- Hvilke modalverber anvendes? Kan, skal, bør?
- Fundamentalistisk interaktion mellem personale og patienter? Hvorledes kommer magtforholdene til udtryk.
- Hvilke fordele og ulemper er der ved at samle patienterne?

Opmærksomhedspunkter	Deskriptive noter	Refleksive noter
Er patienterne deltagende?		
<p>Hvilke diskurser trækker personalet på i deres italesættelser om forebyggelsen af KRAM risikofaktorer? (intertekstualitet)</p> <p>Trækker patienterne i deres italesættelser på det de sundhedsfaglige siger (intertekstualitet) eller andre diskurser?</p>		
<p>Interaktionen mellem deltagerne og sundhedspersonalet</p> <p>Har Sundhedspersonalet i form af deres kulturelle kapital en magt hvormed de kan definere hvilke diskurser der får mest magt?</p>		
<p>Deltagerne med en KRAM-risikofaktors italesættelser under aktiviteten</p> <p>Hvilken habitus udtrykkes? nævnes fx tidligere erfaringer med livsstilsændringer.</p> <p>Motivation for deltagelse?</p> <p>Udtrykkes der et behov/relevans?</p>		
<p>Deltagerne uden en KRAM-risikofaktors italesættelser under aktiviteten</p> <p>Hvilken habitus udtrykkes? nævnes fx tidligere erfaringer med livsstilsændringer.</p> <p>Motivation for deltagelse?</p> <p>Udtrykkes der et behov/relevans?</p>		
<p>Interaktionen deltagerne imellem: Giver gruppemodellen anledning til, at der ved patienterne (eller personale) produceres nye forståelser, dvs. forandres eller reproduceres diskurser?</p> <p>Ændrer indbyrdes magtforhold patienternes italesættelser?</p>		

BILAG 8: OPSLAG FORUD FOR BESØG

Bilag 8 ud af 14



AALBORG UNIVERSITET

KÆRE PERSONALE OG PATIENTER PÅ S7

Vi er i gang med et projekt omhandlende forebyggelsen af fysisk sundhed for indlagte i psykiatrien i Region Nordjylland i forbindelse med vores speciale på Folkesundhedsvidenskab.

Projektets overordnede formål er at belyse jeres, patienter og personales, erfaringer med KRAM-screening, der omhandler kost, rygning, alkohol og motion, ift. at udvikle tiltaget og finde muligheder for fremtidige forbedringer.

Vi vil være på afsnittet **den 8. oktober** om formiddagen for blot at lære afsnittet at kende og tale uformelt med jer. I praksis vil vi være til stede på afdelingen og følge med jer rundt, på jeres præmisser, og se hvordan jeres hverdag på afdelingen er.

Vi har underskrevet en tavshedserklæring inden vores besøg. Alt vi iagttager på afsnittet vil således blive behandlet fortroligt. Både personale og patienter vil blive anonymiseret og omtalt respektfuldt i projektet.

Det er frivilligt, om du vil være en del af vores projekt og snakke om KRAM-screeningen under vores besøg, så du er velkommen til at frabede dig at blive en del vores projekt. Din holdning til projektet og vores besøg vil ikke få nogen indflydelse på din behandling eller ansættelse.

På forhånd mange tak for jeres samarbejde.

Venlig hilsen

Cathrine Hjorth og Line Bilgrav

Kandidatstuderende i Folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet

BILAG 9: OPSLAG FORUD FOR OBSERVATIONER

Bilag 9 ud af 14



AALBORG UNIVERSITET

KÆRE PERSONALE OG PATIENTER PÅ S7

Vi er i gang med et projekt omhandlende forebyggelsen af fysisk sundhed for indlagte i psykiatrien i Region Nordjylland i forbindelse med vores speciale på Folkesundhedsvidenskab.

Projektets overordnede formål er at skildre jeres, patienter og personales, erfaringer med afsnittets forebyggelse af KRAM-faktorer, hvor målet er at vejlede patienter mod en sund livsstil indenfor kost, rygning, alkohol og motion. Sigtet hermed er, at disse vil kunne bidrage til en videre udvikling af indsatsen.

Vi vil derfor være til stede under KRAM-undervisningen **den 23. oktober**. I praksis vil vi sidde med ved både morgenmøde og ved selve undervisningen. Her vil vi foretage nogle noter. Disse noter vil være anonyme, dvs. at der ikke vil fremgå jeres personlige oplysninger. Noterne vil blive anvendt for at memorere hvad der tales om til undervisningen. Enkelte citater vil blive anvendt i vores skriftlige projekt, hvori både personale og patienter vil blive anonymiseret og omtalt respektfuldt. Ved projektets afslutning vil noterne blive destrueret.

Vi har underskrevet en tavshedserklæring inden vores besøg. Alt vi iagttager på afsnittet vil således blive behandlet fortroligt.

Det er frivilligt, om du vil være en del af vores projekt, så du er velkommen til at frabede dig dette. Din holdning til projektet og vores besøg vil ikke få nogen indflydelse på din behandling eller ansættelse.

På forhånd mange tak for jeres samarbejde.

Venlig hilsen

Cathrine Hjorth og Line Bilgrav

Kandidatstuderende i Folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet

BILAG 10: BREV TIL FOKUSGRUPPEDELTAGERE

Bilag 10 ud af 14

Kære _____



AALBORG UNIVERSITET

Tak for du har takket ja til at deltage i vores projekt. Vi fremsender hermed lidt information om projektet og det forestående fokusgruppeinterview.

Vi er to kandidatstuderende på Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet, som er i gang med et speciale, der vedrører forebyggelse af KRAM-risikofaktorer blandt indlagte i psykiatrien.

Specialets formål er at belyse forandringspotentialer i indsatsen og at komme med konkrete forslag til gavn for indsatsen. Indsigt i hvilken betydning indsatsen har for både Jer som personale, samt for patienterne, er derfor værdifulde for, at vi kan finde muligheder for fremtidige forbedringer for både patienter og personale.

Baggrunden for din invitation er, at du, i dit virke som ansat på S1, er en del af den personalegruppe, der varetager KRAM-screening og/eller Interventioner. For at deltage i interviewet er det ikke et krav, at du har udført nogen af delene.

Vi var på besøg på afdelingen i uge 39 for at danne os et indtryk af afsnit S1. Sigtet med fokusgruppeinterviewet er at få et dybere kendskab til, hvordan i forholder jer til den forebyggende indsats og til livsstilsproblematikken blandt patienter i psykiatrien i det hele taget.

Interviewet kommer til at foregå den 23. oktober kl. 13 og varer ca. en time. Samtalerne vil blive optaget på bånd og derefter transskriberet. Det er muligt at gennemlæse denne transskription efterfølgende ved ønske om dette. Ved projektets afslutning er du sikret anonymitet, og lydoptagelserne vil blive slettet.

Din deltagelse er frivillig, og du kan på ethvert tidspunkt trække dig fra interviewet. Det vil ikke få nogen indflydelse på din ansættelse, om du trækker dig eller ikke ønsker at deltage i undersøgelsen. Foruden dig, vil fire af dine kollegaer være en del af fokusgruppen. Derudover vil vi begge være til stede. Den ene af os vil fungere som interviewer og den anden vil observere og tage noter undervejs og måske byde ind med et spørgsmål eller to.

På forhånd tak

Med venlig hilsen

Line Bilgrav og Cathrine Hjorth

BILAG 11: SAMTYKKEERKLÆRING

Bilag 11 ud af 14

Bekræftelse om deltagelse i fokusgruppeinterview d. 23. oktober 2015

Ja, jeg vil gerne deltage i fokusgruppeinterviewet i forbindelse med specialeprojekt om forebyggelse af KRAM-risikofaktorer blandt personer, der er indlagt med en psykiatrisk sygdom.

Jeg er skriftligt orienteret om og dermed bekendt med, at samtalerne vil blive optaget på bånd og ved offentliggørelsen af resultatet ved slutevaluering af projektet, er jeg sikret anonymitet, og optagelserne bliver slettet.

Jeg er bekendt med, at min deltagelse er frivillig, og jeg kan på ethvert tidspunkt trække mig fra interviewet.

Jeg kan kontaktes på nedenstående mailadresse og telefonnummer.

Navn: _____

Telefonnr.: _____

Mailadresse: _____

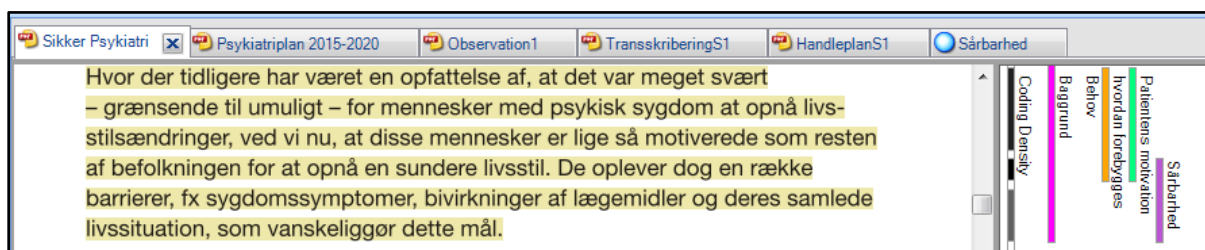
Underskrift: _____

BILAG 12: EKSEMPEL PÅ KODNING I NVIVO

Bilag 12 ud af 14

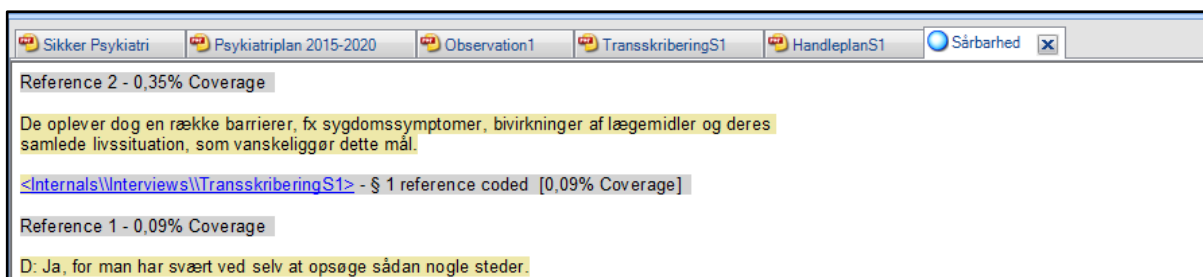
I vindue 1 ses et udsnit fra Nvivo, hvor der kodes i dokumentet fra Sikker Psykiatri. Tekstens dele blev kodet med overordnede temaer, der beskrev hvad der blev talt om i teksten. Ved markering af en tekstbid oprettes en "node", der navngives med et tema. Derefter kunne den samme node anvendes til at markere når der blev talt om det samme i et andet dokument. I tekstuddraget markeret i vindue 1, er den sidste sætning markeret med noden "sårbarhed". Dette ses i vinduets højre side, hvor de forskellige anvendte nodes figurerer.

VINDUE 1



Herefter var det muligt at få overblik over hvor på tværs af dokumenterne, der blev talt om det samme ved at åbne en fane med den enkelte node. I vindue 2 et fanen sårbarhed åbnet og som illustreret fremgår citatet nu sammen med citater markeret med samme node fra andre dokumenter, her fra en transskription.

VINDUE 2



BILAG 13: SYSTEMATISK LITTERATURSØGNING

Bilag 13 ud af 14

Analysens bestående af den tekstnære analyse og analysen af de diskursive praksisser i feltet, samt den kvantitative analyse, har ført til følgende forskningsspørgsmål til litteratursøgningen:

Hvilke erfaringer findes der med forebyggelse af livsstilsfaktorer blandt patienter i psykiatrien?

Denne viden søges med et ønske om at identificere faktorer, der kan bidrage til en udvidet forståelse for den sociale praksis relateret til den forebyggende indsats.

SYSTEMATISERING

Der blev anvendt en strukturering med fire facetter:

1. facet: Psykiatrisk sygdom
2. facet: Forebyggelse
3. facet: Livsstil
4. facet: Indlagte patienter

Det fremgår af tabel 4, at de to første facetter blev anvendt i alle søgninger. Afhængigt af databaserne og behovet for at præcisere søgningen inden for disse, var der mulighed for at tilføje yderligere facetter. Som beskrevet i metodeafsnittet blev der anvendt de boolske operatører OR og AND. De indekserede termer i de enkelte facetter blev udvalgt som tilnærmede synonymer og blev derfor kombineret med operatoren OR. Søgningens præcisering blev skærpet i kombinationen af facetterne med operatoren AND.

VALGTE DATABASER

Da det løbende blev erfaret, at de diskursive praksisser indenfor feltet konstitueres af mangfoldige faktorer, fremhævet som både diskursive og ikke-diskursive praksisser, blev der søgt efter erfaringer bredt indenfor de videnskaber, som det folkesundhedsvidenskabelige felt breder sig over. Databasen PubMed blev anvendt i søgningen efter evalueringer,

epidemiologiske studier og systematiske reviews vedr. livsstilsinterventioner blandt indlagte patienter. Dette blev suppleret med en søgning i Embase, da denne database indeholder mere europæisk litteratur. Databasen har et bredt biomedicinsk anvendelsesområde, der dækker over områder som psykiatri, mental sundhed, misbrug, retsvidenskab, alternativ og komplementær medicin. Sygeplejefaglig litteratur blev særligt søgt i databaserne CinAhl og PsycInfo med henblik på viden relateret til den kliniske praksis. Tilstødende sociologisk funderet litteratur blev søgt i Sociological Abstract med intention om at finde frem til eventuelle studier vedrørende de sociale praksisser og interventioners betydning for livsstilsinterventioner i psykiatrien.

Alle termer, der er anvendt i søgningen, er indekserede thesaurus-termer. I alle søgninger blev relevansen af frie termer, herunder trunkering, afprøvet.

Tabel 3 Afgrænsninger opsat i søgemaskinernes limitfunktion

Database	Afgrænsning
Pubmed	Ingen limits
Cinahl	Language: English Publication years: 2005-2015 Narrow by Major Heading: depression, mental disorder, schizophrenia Population: All adults
Embase	Publication years: 2005-2015 Age: adult Publication types: article
Sociological Abstracts	Ingen limits
PsycInfo	Ingen limits

Table 4 Anvendte søgetermer indenfor de fire facetter fordelt på databaser

Psykiatrisk sygdom	Forebyggelse	Livsstil	Indlagte patienter
PubMed			
Mental disorder+	Health promotion+ Primary prevention+ Secondary prevention+ Tertiary prevention+	Life style+ Health behavior+	Inpatient+
Cinahl			
Mental disorder+ Psychiatric Patient	Health promotion Preventive health care	Life style+	
Embase			
Mental disease	Health promotion Prevention	Life style Health behavior	Hospital patient
Sociological Abstracts			
Mental disorders+ Mental illness+ Mental Patient+	Health education Prevention		
PsycInfo			
Mental disorder	Health promotion Prevention	Life style Health behavior	

Kolonner repræsenterer fire facetter med hver deres fokusområde. I rækkerne demonstreres de anvendte søgetermer indenfor hver facet under hver database. Tegnet (+) hentyder til, at thesaurustermen er exploded, hvilket vil sige, at de underliggende termer i begrebshierakiet er inkluderet. Det er valgt ikke at explode thesaurustermen, hvis de underliggende termer ikke har været relevante for søgespørgsmålet eller hvis det ikke har givet flere hits. I Sociological Abstract betyder explodefunktionen til gengæld, at der søges på relaterede termer.

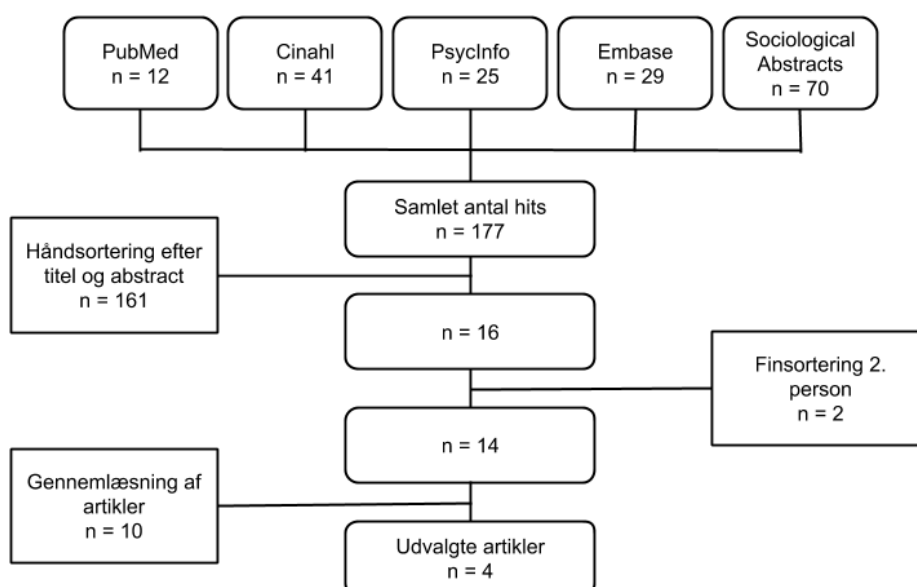
KRITERIER FOR UDVÆLGELSE AF ARTIKLER

De valgte studier er udvalgt ud fra læsningen af titel og i nogle tilfælde abstract. Ved den efterfølgende udvælgelse af studierne er dette udført af et andet gruppemedlem. I udvælgelsen af studier har følgende inklusionskriterier været gældende:

- Patienters primære sygdom skal være af psykiatrisk karakter, hvorfor studier med en somatisk sygdom som primær problematik eller indlæggelse er ekskluderet
- Undersøgelserne skal omhandle interventioner iværksat af sundhedsfagligt personale
- Deltagere skal være indlagt på et sygehus eller bosiddende i boliger med tilknyttet sundhedsfagligt personale
- Deltagere skal være voksne, dvs. over 18 år.

RESULTAT AF SØGNINGEN

De fundne resultater for søgningen, med kombination af de forskellige ovenstående facetter, er indsat i nedenstående flowchart. Øverste række ses antal hits i de enkelte databaser. Specialegruppens medlemmer deltog begge i alle søgninger og udvælgelse af artiklerne. Flowchartet viser den delvise eksklusion af artikler, der resulterede i fire udvalgte artikler. De udvalgte artikler fremgår af bilag13.



Den systematiske litteratursøgning er afsluttet den 1. december 2015 af projektets forfattere.

BILAG 14: UDVALGTE ARTIKLER

Bilag 14 ud af 14

Titel (Land, År)	Forfattere	Formål	Design og metode	Deltagere	Resultater
Can a brief health promotion intervention delivered by mental health key workers improve clients' physical health: a randomized controlled trial (Storbritannien, 2009)	Brown, S, Smith, E.	At måle om intervention leveret af sundhedsfaglige nøglepersoner fra psykiatrien kan producere sundhedsmæssige gevinster blandt personer med alvorlig psykisk sygdom.	RCT studie. Interventionen indebar motiverende samtaler, patientuddannelse, adgang til træningsfaciliteter og rygestopklinik.	26 personer (15 i interventionsgruppe og 11 i kontrolgruppe) diagnosticerede i hht. ICD-10 med skizofreni, affektive lidelse, psykosesygdomme eller personlighedsforstyrrelser, tilknyttet distriktspsykiatri	Personalet syntes, at arbejdspresset i forvejen er stort, og de er af den holdning, at patienters fysiske helbred ikke er deres område. Interventions-gruppen opnåede en signifikant reduktion i risikofaktorer for hjerte-karsygdomme, men generelt var sundhedsgevinsterne begrænsede.
Meanings of participating in a lifestyle programme for persons with psychiatric disabilities. (Sverige, 2011)	Forsberg K.A, Lindqvist O, Bjorkman T.N, Sandlund M, Sandman PO.	At undersøge meningsfuldheden i at deltage i livsstilsinterventioner ud fra et patientperspektiv.	Fænomenologisk hermeneutiske interviews med 11 personer med psykiatrisk sygdom.	Diagnosticerede i hht. DSM-IV med skizofreni, bipolar lidelse, personlighedsforstyrrelser, psykosesygdomme og autisme. Bosiddende i beskyttede boliger	De finder frem til 4 temaer, hvoraf det i det ene beskrives som en <i>sideeffect</i> , at personerne får et bedre forhold til personalet, da personalet deltager i aktiviteterne. Følelse af at være lige og følelsen af, at personale investerer tid gavner recoveryprocessen.
Improving the physical health of long-term psychiatric inpatients (Danmark, 2014)	Hjorth, P, Davidsen, A.S, Kilian, R, Pilgaard Eriksen, S, Jensen, S.O, Sørensen, H.Ø, Munk-Jørgensen, P.	At undersøge effekten af projektet HELPS, hvor tiltag rettet mod patienter og personale har fokus på at forbedre implementeringen af somatisk forebyggelse og behandling blandt patienter med en psykiatrisk sygdom.	Klyngerandomiseret interventionsstudie. Interventioner indebar motiverende samtaler og planer i hht. Stages of Change-modellen. Personalet indgik som rollemodeller og deltog i gruppesessioner med fokus på livsstilsændringer blandt patienter og personalet selv. Outcomes: taljemål, BMI, kolesterol, blodtryk. Der blev foretaget deskriptive analyser med tilhørende signifikantests.	85 personer fra bosteder for personer med skizofreni (72% i interventionsgruppen og 73% i kontrolgruppe) og andre alvorlige psykiatriske lidelser fx bipolar lidelse. Alle har behov for døgnvagt i form af psykiatrisk sygeplejepersonale.	Patienter i interventionsgruppen opnåede en ikke signifikant reduktion af taljemål, og kontrolgruppens taljemål steg signifikant.

<p>Implementing and maintaining nurse-led healthy living programs in forensic inpatient settings: An illustrative case study (New Zealand, 2011)</p>	<p>Prebble K., Kidd J., O'Brien A., Carlyle D., McKenna B., Crowe M., Deering D., Gooder C.</p>	<p>Der præsenteres tre formål: 1) At identificere begivenheder og processer, der muliggør eller hæmmer etablering og vedligeholdelse af en livsstilsintervention; 2) At udforske sundhedspersonale og patienters erfaringer med at iværksætte og / eller deltage i en livsstilsintervention og 3) At udfærdige anbefalinger til den fremtidige udvikling af livsstilsintervention i fængsler, retsmedicinske afsnits og generelle psykiatriske afsnits.</p>	<p>Illustrativt casestudie udført på to retspsykiatriske afsnits. Kvalitativ indholdsanalyse. Der er foretaget interviews af 15 indlagte patienter og 17 personalemedlemmer samt journalgennemgang for at undersøge, hvorledes personalet dokumenterede parametre relateret til indsatsen. Der blev desuden undersøgt sundhedsgevinster vha. vægt, kolesterol, blodtryk, mavetarm-funktion og blodsukker. Der blev foretaget deskriptive analyser efter 6 og 12 mdr., men det var ikke muligt at få data på alle deltagere.</p>	<p>15 patienter og 19 personalemedlemmer på retspsykiatriske afsnit.</p> <p>Det ene afdeling er lukket og det andet er "medium secured".</p>	<p>En vellykket gennemførelse af sundhedspersonalet i lukkede retsmedicinske miljøer kræver udvikling af en sund filosofisk tilgang, skræddersyede programmer, der tager hensyn til individuelle behov og et tværfaglige team.</p> <p>Der fremhæves, at modstand mod forandring i et felt præget af andre risici er en sandsynlig reaktion fra personale og patienter, men at det er en udfordring, der kan overvindes.</p>
--	---	---	---	--	---