

Udvikling af strategi til understøttelse af Morbus Crohn-patienter i kostomlægning blandt sundhedsprofessionelle

Kostomlægning til inflammationshæmmende kost som komplementært tillæg til biologisk behandling.

Kandidatuddannelse i Folkesundhedsvidenskab
4. semester
Aalborg Universitet

Udarbejdet af gruppe 10-304:
Christina Nielsen
Debbi Kristiane Bolt
Samantha Drejer Thomsen

Vejleder:
Mette Holst

Antal anslag:
286.827

Dato:
1. juni 2022



Resume

Baggrund: Morbus Crohn (CD) er en inflammatorisk tarmsygdom, som typisk behandles med biologisk medicin. Da behandlingen er omkostningstung og kan medføre bivirkninger, undersøges det i et ph.d.-projekt, om inflammationshæmmende kost (IFK) kan anvendes som komplementær behandling til CD-patienter i biologisk behandling. Da patienternes efterlevelse af kostinterventionen kan impliceres af barrierer blandt sundhedsprofessionelle ved ambulante besøg, vil dette undersøges.

Formål: At undersøge barrierer og facilitatorer for at støtte CD-patienter i en kostomlægning til IFK blandt sundhedsprofessionelle på medicinske mave-tarm ambulatorier i Danmark med henblik på at udvikle en strategi til at imødekomme disse.

Metode: Til udviklingen af strategien anvendes MRC-modellen. Der anvendes metodetriangulering af tre datakilder: et litteraturstudie, kvalitative interviews og en spørgeskemaundersøgelse. Data analyseres ud fra de individuelle metodiske tilgange, hvorefter resultaterne herfra integreres i en kritisk fortolkning. Herudfra udvikles strategiske fokuspunkter til at imødekomme barrierer og facilitatorer samt konkrete forslag til, hvordan ph.d.-projektet og fremtidige lignende interventioner kan implementere disse fokuspunkter.

Resultater: Resultater fra den kritiske fortolkning vidner om et vidensbehov inden for IFK blandt sundhedsprofessionelle, herunder særligt for sygeplejersker og læger. Resultater fra den statistiske analyse viser, at diætister vurderer at have flere vidensmæssige- (OR 15,73, $p=0,009$) og tidsmæssige ressourcer (OR 0,03, $p=0,011$) til at støtte CD-patienter i kostomlægning sammenlignet med sygeplejersker. Endvidere påpeger litteraturstudiet, at diætisters fagkompetencer er underudnyttede, mens et øget tværfagligt samarbejde efterspørges i både den kvalitative- og kvantitative undersøgelse. Læger ses i lavere grad at mene (OR 0,04, $p=0,025$), at der er en overordnet positiv holdning til inddragelse af IFK i behandlingen af CD sammenlignet med sygeplejersker, hvilket også understøttes af den kvalitative undersøgelse. Fokuspunkter for strategien omhandler derfor at *fremme viden om IFK og kostinterventionen* blandt sundhedsprofessionelle, *positiv italesættelse* af kostinterventionen, særligt over for læger, samt et *øget tværfagligt samarbejde*.

Konklusion: Barrierer og facilitatorer blandt sundhedsprofessionelle for understøttelse af kostinterventionen kan imødekommes gennem tre strategiske fokuspunkter: *vidensdeling*, *positiv italesættelse af kostinterventionen* og *øget tværfagligt samarbejde*. Fokuspunkterne og de konkrete forslag relateret hertil kan anvendes til understøttelse af kostinterventionen og bør pilottestes inden udbredelse til andre kontekster.

Abstract

Background: Morbus Crohn (CD) is a type of inflammatory bowel disease (IBD) which is typically treated with biological medicine. Since the treatment is costly and can cause side-effects, a Ph.D. study is investigating if an anti-inflammatory diet (IFK) is feasible as a complementary treatment for CD-patients in biological treatment. Since the patients' compliance with the dietary intervention can be implied by barriers among health professionals during outpatient visits, these barriers will be investigated.

Aim: To investigate perceived barriers and facilitators for supporting CD-patients in dietary change to IFK amongst health professionals at medical gastrointestinal outpatient clinics in Denmark in order to develop a strategy to overcome these.

Methods: The MRC-model is used for the development of the strategy. Triangulation of methods are applied through three data sources: a literature review, qualitative interviews, and a survey. Data are analyzed based on the individual methodical approaches after which the results are integrated in a critical interpretation. From here strategic focus points for how to overcome barriers and build on facilitators are developed as well as suggestions for how the Ph.D. project and future similar interventions can implement these.

Results: Results from the critical interpretation underline a need for *knowledge* among health professionals relating to IFK, especially among nurses and physicians. Results from the statistical analysis show that dieticians assess having more knowledge (OR 15,73, $p=0,009$) and time resources (OR 0,03, $p=0,011$) to support CD-patients in dietary change compared to nurses. Furthermore, the literature review points out that the professional competencies of dieticians are underutilized, while *increased interdisciplinary collaboration* is in demand according to both the qualitative and quantitative study. Physicians are seen to a lesser extent to believe (OR 0.04, $p=0.025$) that there is an *overall positive attitude* towards the inclusion of IFK in the treatment of CD compared to nurses, which is also supported by the qualitative study. Focus points for the strategy therefore include *promoting knowledge* about IFK and the dietary intervention among health professionals, *positive communication* about the intervention, especially to doctors, as well as *increased interdisciplinary collaboration*.

Conclusion: Barriers and facilitators among health professionals to support the dietary intervention can be met through three strategic focus points: *knowledge sharing*, *positive communication about the dietary intervention* and *increased interdisciplinary collaboration*. The focus points and suggestions related to implementing them can be used to support the dietary intervention and should be pilot tested before being transferred to other contexts.

Indholdsfortegnelse

1.0 Initierende problem.....	1
2.0 Problemanalyse.....	2
2.1 Forståelse af IBD fra et patient- og samfundsperspektiv.....	2
2.2 Samfundsmæssige konsekvenser og sundhedsøkonomiske udfordringer forbundet med IBD.....	4
2.3 Eksisterende evidens og anbefalinger relateret til ernæring til IBD-patienter.....	6
2.4 Håndtering af ernæringsvejledning blandt sundhedsprofessionelle og betydningen heraf for IBD-patienter.....	7
2.5 Eksisterende ernæringsinterventioner til IBD-patienter og social ulighed.....	10
2.6 Barrierer og facilitatorer for understøttelse af en kost- eller livsstilsintervention blandt sundhedsprofessionelle.....	12
2.6.1 Behovet for viden i henhold til håndtering af barrierer og facilitatorer.....	13
2.7 Barrierer, facilitatorer og social ulighed relateret til et ph.d.-forskningsprojekt med fokus på kostomlægning.....	14
3.0 Problemafgrensning.....	17
4.0 Problemformulering.....	18
4.2 Operationalisering.....	19
4.1.1 Inflammationshæmmende kost.....	19
4.1.2 Morbus Crohn.....	20
5.0 Udvikling af strategi med afsæt i planlægningsmodellen Medical Research Council Guidance (MRC).....	20
5.1 Udvikling.....	21
5.2 Feasibility.....	23
5.3 Evaluering.....	23
5.4 Implementering.....	24
6.0 Forskningsparadigme, videnskabsideal og videnskabsteori.....	24
6.1. Forskningstype og forskningsparadigme.....	24
6.2 Ideografisk og nomotetisk videnskabsideal ud fra et hermeneutisk perspektiv.....	25
6.3 Hermeneutisk videnskabsteoretisk position.....	25
6.3.1 Hermeneutikkens grundlæggende principper.....	26
6.3.2 Forforståelse internt i specialegruppen.....	27
6.3.3 Den kritiske hermeneutik.....	28
7.0 Teoretisk referenceramme.....	29
7.1 Valg af teoretisk referenceramme.....	29
7.2 Bourdieu: habitus, felt, doxa og kapital.....	29
7.3 Valg af lærings- og forandringsteori.....	30
7.4 Vedtoftes didaktiske model.....	30
8.0 Indledende programteori.....	31
8.2 Programteori over interventionen.....	31

9.0 Metode	34
9.1 <i>Kombination af metodiske tilgange</i>	34
9.1.1 Studiedesign	36
9.2 <i>Litteraturstudie</i>	36
9.2.1 Indledende litteratursøgning	36
9.2.2 Systematisk litteratursøgning	37
9.2.3 Kvalitetsvurdering af udvalgte videnskabelige studier	42
9.3 <i>Kvalitativ metode</i>	43
9.3.1 Rekrutteringsstrategi til interviews	43
9.3.2 Dataindsamling	46
9.3.3 Transskribering og datahåndtering	48
9.3.4 Ricoeurs fortolkningsteori - en kritisk hermeneutisk analysestrategi	49
9.3.5 Ethiske overvejelser	50
9.4 <i>Kvantitativ metode</i>	51
9.4.1 Konstruktion af spørgeskema	51
9.4.2 Rekruttering af informanter og indsamlingsstrategi	53
9.4.3 Datahåndtering	54
9.4.4 Præsentation af variable	55
9.4.5 Valg af statistisk analysestrategi	57
10.0 Analyse og resultater	61
10.1 <i>Analyse og resultater af litteraturstudiet</i>	61
10.1.1 Syntese af udvalgte videnskabelige studier	64
10.1.2 Kritisk læsning og kvalitetsvurdering af udvalgte studier	65
10.2 <i>Analyse og resultater af de kvalitative interviews</i>	68
10.2.1 Barrierer og facilitatorer	68
10.3 <i>Analyse og resultater af spørgeskemaundersøgelsen</i>	80
10.3.1 Studiepopulationen	80
10.3.2 Statistiske analyser	87
10.4 <i>Kritisk fortolkning</i>	93
10.4.1 Viden om IFK	93
10.4.2 Personlige erfaringers betydning	94
10.4.3 Personlige holdningers betydning	95
10.4.4 Evidens inden for IFK	95
10.4.5 Reaktioner på patienternes oplevelser	96
10.4.6 Organisationskultur	97
10.4.7 Tidsmæssige ressourcer	97
10.4.8 Tværfagligt samarbejde	98
10.4.9 Baggrundsinformationer	98
10.5 <i>Forandringspotentiale</i>	99
10.6 <i>Udvikling af strategi</i>	100
10.6.1 Opsætning af strategi	100
10.6.2 Strategi til understøttelse af en kostintervention	100
10.7 <i>Revideret programteori</i>	102
11.0 Diskussion	106
11.1 <i>Metodediskussion</i>	106
11.1.1 Paradigme, videnskabsteori og design	106
11.1.2 Litteraturstudiet	108
11.1.3 Kvalitativ metode	111
11.1.4 Kvantitativ metode	114
11.2 <i>Resultatdiskussion</i>	118

11.2.1 Resultaternes relevans.....	119
11.2.2 Viden og positiv italesættelse som facilitator for understøttelse	119
11.2.3 Øget tværfagligt samarbejde i fokus.....	121
12.0 Konklusion.....	122
14.0 Referenceliste	124

1.0 Initierende problem

Omtrent 53.000 individer i Danmark lider af de inflammatoriske tarmsygdomme Morbus Crohn (CD) og Colitis Ulcerosa (CU), som under samlet betegnelse omtales *inflammatory Bowel Disease* (IBD) (Knudsen et al., 2020). IBD veksler mellem udbrud med inflammation i tarmene og stilstand, også kaldet remission (Jin, 2014). Den mest udbredte behandling er immundæmpende medicin, som tilsigter at undgå komplikationer og senfølger efter opblussen (Bernstein et al., 2020; Hanauer et al., 2009; Larussa et al., 2019). IBD opstår oftest i alderen 15-35 år (Vadstrup et al., 2020), hvilket kan have både samfundsmæssige- og individuelle konsekvenser. Ud fra et samfundsmæssigt perspektiv tyder det på, at medicinsk behandling af IBD er omkostningstung (M. Zhao et al., 2022), hvorfor der ses et behov for at undersøge alternative behandlingsmuligheder for at undgå inflammation i tarmen og nedbringe de økonomiske omkostninger. I en gennemgang af tilgængelige studier tyder det på, at plantebaseret kost potentielt kan hæmme inflammation i tarmen og medvirke til en øget remissionsperiode som et tillæg til medicinsk behandling (Antoniussen et al., 2021; Grosse et al., 2020). Det søges derfor undersøgt i et igangværende ph.d.-projekt, om en plantebaseret kostintervention er gennemførlig for CD-patienter, samt hvorledes deres sygdomsaktivitet og helbred påvirkes (Bergmann, 2022). I forbindelse hermed ses dog en mulig problematik i sundhedsprofessionelles opbakning til denne komplementære, alternative behandlingsform, hvor det af litteraturen påpeges, at manglende ernæringsvidenskabelig uddannelse og træning, tid til patienten samt tvivl om effektiviteten af livsstilsinterventioner kan være mulige barrierer blandt sundhedsprofessionelle for understøttelse af alternative behandlingsformer (Elamin & Cohen, 2021). I tråd hermed ses det, at sundhedsprofessionelle oftest symptombehandler frem for at understøtte alternative behandlingsforslag (Dal Buono et al., 2020; Zeitz et al., 2016). Disse barrierer kan være problematiske i relation til patienternes deltagelse i og udbytte af kostinterventionen, hvis understøttelse af denne ikke forekommer ved patienternes ambulante besøg på medicinske mave-tarm ambulatorier i Danmark. Det problematiseres yderligere af, at IBD-patienter med lav SES har behov for større grad af støtte i forbindelse med livsstilsinterventioner, hvormed manglende højdetagen herfor potentielt kan implicere social ulighed i sundhed blandt IBD-patienter (Hardman et al., 2020).

2.0 Problemanalyse

I de følgende afsnit vil IBD og konsekvenserne heraf udfoldes, hvor problemstillinger relateret hertil vil ansues ud fra en individuel, organisatorisk og samfundspolitisk vinkel med afsæt i forskerne Gøran Dahlgreen og Margaret Whiteheads socio-økologiske model (1991). Herunder vil det fremanalyseres, hvilke bagvedliggende politiske og økonomiske forhold, retningslinjer og anbefalinger der findes omhandlende IBD. Ydermere vil det fremanalyseres, hvilke organisatoriske forhold der præger de sundhedsprofessionelles arbejde med IBD-patienter, samt hvilken indflydelse det har på individniveau for patienterne.

2.1 Forståelse af IBD fra et patient- og samfundsperspektiv

IBD udgør en samlet betegnelse for inflammatoriske sygdomme i tarmsystemet og består af sygdommene CD og CU, der begge er kroniske, ikke-dødelige tarmsygdomme (Jin, 2014). I Danmark findes der omkring 53.000 patienter med IBD (Knudsen et al., 2020), mens det estimeres, at 2,5-3 millioner mennesker i Europa lider af IBD (Burisch et al., 2013). På verdensplan påvirker IBD omkring 5-10 millioner mennesker (World IBD Day, 2019). Forekomsten af IBD i ressourcerige, vestlige lande er steget eksponentielt i slutningen af det 20. århundrede, og i særdeleshed har vestliggørelse af kosten, som er defineret ved et højt indtag af animalsk protein, mættede fedtsyrer, forarbejdede gryn, sukker og alkohol, været impliceret i udviklingen af IBD med den højeste forekomst i Nordamerika og Europa (Vasudevan et al., 2022). Et review af Ng et al., (2020) har endvidere påpeget, at de højeste prævalens- og incidensrater i Europa ses i Skandinavien og England, mens et dansk kohortestudie af Lophaven et al., (2017) har fundet, at incidensen i Danmark er blandt de højeste. Det findes derfor essentielt at undersøge forekomsten, udviklingen og behandlingen af IBD nærmere i en dansk kontekst. Ætiologien er fortsat ukendt, men elementer som miljø, genetik og immunregulerende faktorer menes alle at være forbundet med udviklingen af IBD (Alulis et al., 2021). Førende gastroenterolog Dr. Charlie Lee mener i overensstemmelse hermed, at der er tale om et samspil af faktorer (Lees, 2014). Ydermere pointerer han, at ætiologien er kompleks, da bestemte udefrakommende faktorer, såsom medikamenter, skal interagere med patientens gener eller tarmens mikrobiota for, at sygdommen kan opstå (Gajendran et al., 2018; Lees, 2014).

IBD forårsager inflammation i fordøjelsessystemet, hvormed immunforsvaret angriber kroppens egne celler i tarmen, og er kendetegnet ved en vekslen mellem perioder, hvor

sygdommen er i udbrud og i ro, hvilket betegnes remission (Jin, 2014). Ved udbrud kan patienter opleve symptomer som mavesmerter, diarre, blødning og vægttab (Szałwińska et al., 2021), hvilket kan påvirke deres livskvalitet. I et studie rapporterede 75,6% (N=4213) af IBD-patienter, at deres symptomer påvirkede deres fritidsliv, mens 68,9% (N=3841) angav, at deres symptomer påvirkede deres arbejdsliv (Ghosh & Mitchell, 2007). Endvidere fandt en online undersøgelse på tværs af 25 nationale IBD-foreninger, at 56% af patienterne med CD følte, at deres sygdom påvirkede deres karriere, mens 17% af patienterne mente, at deres sygdom forårsagede, at deres forhold sluttede (Lönnfors et al., 2014). Der findes ingen kurativ behandling mod IBD, hvorfor behandlingen stiler mod remission i sygdommen. Afhængig af sværhedsgrad i sygdommen samt om patienten har CD eller CU, findes der forskellige behandlingsmetoder. Størstedelen af patienter med IBD modtager medicinsk behandling, herunder antibiotika, steroider, immundæmpende medicin eller biologisk medicin (Larussa et al., 2019). Den biologiske medicin er udviklet i levende væsner, hvilket gør, at den er bedre til at angribe bestemte molekyler, hvormed den immundæmpende effekt øges specifikke steder i tarmen (Hanauer et al., 2009), hvorfor denne behandlingsform oftest prioriteres hos IBD-patienter (Hanauer et al., 2009). Effekten heraf tydeliggøres i et systematisk review af Torres et al., (2015), som fandt, at perioden med remission forlænges betydeligt ved brug af biologisk medicin, da 50% eller flere af patienterne med IBD, som ophørte behandlingen, fik et inflammatorisk udbrud. Det støttes op af studiet af Bernstein et al. (2020), der fandt, at en tredjedel af patienter, som behandles med biologisk medicin, vil opnå fuldstændig remission. Derimod ses der nogle bivirkninger ved biologisk medicin, såsom øget risiko for infektioner og allergiske reaktioner, hvorfor observation af patienter hos sundhedsprofessionelle er anbefalet til denne behandlingsform (Bernstein et al., 2020; Fiorino et al., 2017). Grundet udviklingsmetoden og måden, hvorpå medicinen skal disponeres, er der også store økonomiske omkostninger forbundet med behandlingen (M. Zhao et al., 2022). I overensstemmelse hermed pointerer flere studier, at behandlingsmetoden er omkostningstung, hvorfor den bør suppleres med anden relevant behandling (Bernstein et al., 2020; Torres et al., 2015).

I tråd hermed efterspørger flere IBD-patienter vejledning inden for ernæring og kost som et supplement til den medicinske behandling (Larussa et al., 2019). Ifølge studiet af Peyrin-Biroulet et al., (2015) skal behandlingen relateret til kost selekteres alt efter udbrud eller remission i sygdommen, hvorfor en standardiseret vejledning i behandling og ernæring kan være udfordrende at udarbejde. Det påpeges ligeledes i studiet af Owczarek et al., (2016). Foruden om sygdommen er i udbrud eller remission, er det essentielt at individualisere

vejledningen på baggrund af patientens symptomer, lokation af inflammation i tarmen mv. (Larussa et al., 2019), hvilket ydermere formodes at besværliggøre standardisering af ernæringsvejledning til patientgruppen. Et komparativt review af Gajendran et al., (2018) har endvidere påpeget forskellige udfordringer ved at skræddersy terapeutiske interventioner, herunder de heterogene manifestationer i sygdommen, overlappende karakteristika med andre inflammatoriske lidelser samt en usikker ætiologi. Set ud fra et samfundsperspektiv findes det problematisk, da sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende interventioner med fokus på kost dermed kan være svære at tilrettelægge til denne patientgruppe.

2.2 Samfundsmæssige konsekvenser og sundhedsøkonomiske udfordringer forbundet med IBD

IBD er vurderet som værende en af de fem mest omkostningsfulde gastrointestinale sygdomme i verden, bl.a. grundet dyre behandlingsformer som biologisk behandling jf. afsnit 2.1 og derudover grundet operationer, gentagne hospitalsindlæggelser og tabt produktivitet (Berry et al., 2017). Trods de store omkostninger er biologisk behandling den mest udbredte behandlingsform for CD- og CU patienter, hvilket er beskrevet i et dansk studie af Wewer et al., (2022), som fandt, at 73,6% af deltagerne i studiet havde modtaget biologisk behandling. Ydermere er denne behandlingsform vurderet til at have en højere gennemsnitlig sundhedsomkostning samt lavere gennemsnitlige årlige produktionsværdier for en patient med IBD, der modtager biologisk behandling, sammenlignet med patienter, der ikke modtager biologisk behandling (Alulis et al., 2021). Årsagen til forskellen på sundhedsudgifterne anses at være ambulante besøg og omkostninger i forbindelse med indlæggelser (Alulis et al., 2021). Studiet af J. Zhao et al., (2021) fandt, at omkostninger forbundet med fremmøde på hospitalet udgør nogle af årsagerne til de øgede omkostninger, herunder intravenøs injektion eller subkutan injektion, monitorering, medicin, personaleomkostninger, selve behandlingen, der skal gentages mellem hver anden til hver 12. uge, samt indlæggelser i forbindelse med behandlinger. Ydermere er der omkostninger forbundet med IBD-patienter og den biologiske behandling i form af tabt arbejdsfortjeneste, da patienterne ofte skal bruge sygedage på at tage på hospitalet (M. Zhao et al., 2022). Det kan derfor tyde på, at biologisk behandling til IBD påvirker omkostninger set i et bredt samfundsperspektiv og over en lang tidshorisont, hvormed kompleksiteten og omfanget af omkostningerne er store. Trods dette bliver denne behandlingsform fortsat prioriteret. Grunden hertil beskrives i studiet af J. Zhao et al., (2021), der fandt, at biologisk behandling nedsætter operationsrater for både CU ($P = 0,015$) og CD (P

= 0,008) patienter. Yderligere fandt studiet, at ambulante- og operationsomkostninger faldt for både CU- og CD-patienter i biologisk behandling (J. Zhao et al., 2021). En af grundene til, at biologisk behandling bliver prioriteret som behandlingsform trods de høje behandlingsomkostninger kan dermed være, at der spares ressourcer i forbindelse med fremtidige omkostninger til indlæggelser og operationer, samt yderligere at den på nuværende tidspunkt udgør den bedst tilgængelige behandlingsform med hensyn til effektivitet.

Ud over ovenstående overvejelser om omkostningseffektiviteten, *cost-effectiveness*, af traditionelle medicinske behandlingsformer for IBD, kan der også ses nærmere på den samlede økonomiske byrde af IBD ud fra perspektiver vedrørende *cost-of-illness* (Drummond et al., 2015). I den sammenhæng må det pointeres, at IBD-patienter ofte diagnosticeres i en ung alder, hvor mange ses at være mellem 15-35 år (Vadstrup et al., 2020), hvilket derfor kan medføre livslang behandling med medicin og eventuelle indlæggelser, hvormed IBD kan være forbundet med store omkostninger for det enkelte individ og samfundet. Et dansk kohorte studie af Vadstrup et al. (2020) fandt, at de gennemsnitlige omkostninger for IBD-patienter var størst det første år efter diagnosticering, hvilket understøttes af studiet Burisch et al., (2020), som fandt, at udgifter til sundhedspleje var faldende over en femårig periode. Yderligere ses der et produktionstab i forbindelse med behandlingen af IBD, som overstiger alle andre omkostninger tre år efter diagnosticering (CD-population: 52%; CU-population: 83%) (Vadstrup et al., 2020). I tråd hermed fandt studiet af Høivik et al., (2013) en øget relativ risiko for førtidspension blandt IBD-patienter, hvor den yngste del af patientgruppen (18-29 år) havde den højeste relative risiko (CU: RR=4,24, CD: RR=7,13) sammenlignet med baggrundsbefolkningen. Det ses heraf, at der på kort sigt er høje omkostninger forbundet med at få sygdommen under kontrol, hvilket på lang sigt overstiges af omkostninger i form af produktionstab. Disse omkostninger vidner om, at IBD kan betegnes som en økonomisk byrde for samfundet, hvorfor det er essentielt at finde den mest optimale behandling til patientgruppen set ud fra et samfundsperspektiv.

Jf. ovenstående kan det antages, at remission i IBD synes at være væsentlig for at kunne mindske omkostninger forbundet med dette. I overensstemmelse hermed påpeges det i et systematisk review af Turner et al., (2021), at opnåelse af remission er et af de vigtigste mål i behandlingen af IBD. Studiet af Vester-Andersen et al., (2014) fandt en kumulativ risiko for første relapse efter et, fem og syv år på hhv. 40%, 63% og 66% for CD-patienter. Denne kumulative risiko var efter et, fem og syv år mindsket til hhv. 6%, 18% og 23% ved operativ

behandling. Det tyder dermed på, at operation kan forlænge remissionsperioden med over dobbelt så lang tid. Operative indlæggelser er sammen med medicinske indlæggelser den mest omkostningstunge behandlingsform for IBD (Knudsen et al., 2020), hvilket kan være årsagen til, at biologisk behandling prioriteres, da det jf. ovenstående nedsætter operationsrater og operationsomkostninger (M. Zhao et al., 2022). Det findes dermed, at eksisterende behandlingsformer til IBD-patienter er omkostningstunge, hvormed vigtigheden i at undersøge supplerende behandlingsmetoder, såsom ernæringsinterventioner, understreges.

2.3 Eksisterende evidens og anbefalinger relateret til ernæring til IBD-patienter

Ud fra et omkostningseffektivitets-perspektiv kan udbredelse af ernæringsinterventioner til IBD-patienter jf. afsnit 2.2 være en mulig strategi for nedbringelse af omkostninger, såfremt disse findes effektive i forøgelse af perioder med remission. Eksisterende evidens vedrørende effekten af ernæringsinterventioner for IBD-patienter er trods dette begrænset, bl.a. grundet manglende RCT-studier på området, hvor blinding ydermere er umulig grundet interventionernes form (Tinsley et al., 2016). En gennemgang af tilgængelige studier tyder derimod på, at en inflammationshæmmende og overvejende plantebaseret kost potentielt kan hæmme inflammation i tarmene og dermed medvirke til at undgå udbrud (Antoniussen et al., 2021; Grosse et al., 2020). Hermed vil patienterne forblive længere tid i remission, som jf. afsnit 2.1 er målet med behandlingen. I den sammenhæng fandt et review, som undersøgte ernæringskomponenter som probiotika, D-vitamin, omega-3, flavonoider og polyphenoler, at disse komponenter kan være fremmende for, at IBD-patienter forbliver i remission (Kikut et al., 2021). Endvidere fandt studiet af Raffner Basson et al., (2021), at udskiftning af animalsk protein med plantebaserede kilder i en vestlig diæt reducerede sværhedsgraden af IBD hos mus, hvilket tyder på, at lignende justeringer af den daglige kost kan hjælpe IBD-patienter med at kontrollere deres sygdom (Raffner Basson et al., 2021). Det er derfor essentielt at undersøge nærmere, om en sådan kostintervention kan medvirke til at optimere effekten af medicinsk behandling hos CD-patienter, hvilket ønskes klarlagt i et ph.d.-projekt ved Aalborg Universitetshospital (Bergmann, 2022), som dette speciale tager afsæt i.

World Health Organisation (WHO) fremlægger i deres handleplan om ernæringsvejledning, at tværsektorielle politikker skal være med til at sætte fokus på ernæringsinterventioner i praksis (WHO, 2015). Ses der på de bagvedliggende politiske forhold, må det pointeres, at der på

nuværende tidspunkt ikke findes nogle kliniske, evidensbaserede retningslinjer for ernæringsinterventioner til IBD-patienter (Richman & Rhodes, 2013). Det kan dermed give anledning til modsatrettet ernæringsrådgivning af varierende kvalitet til patienter, som i sidste ende kan gå ud over patientens sundhedstilstand og helbred med udgangspunkt i den socio-økologiske model. Et studie påpeger bl.a. væsentligheden af udviklingen af IBD-specifikke retningslinjer målrettet ernæring udviklet gennem validerede redskaber (Prince et al., 2015). Der findes dog anbefalinger til behandling af IBD, der indeholder ernæringsvejledning i relation til indtagelse af frugt, grønt og protein, men der er ikke nogen anbefalinger specifikt i relation til plantebaseret kost (Bischoff et al., 2020). I studiet af Bischoff et al., (2020) beskrives 40 ernæringsanbefalinger, der omfatter generelle aspekter af pleje til IBD-patienter og specifikke aspekter ved udbrud samt ved remission (Bischoff et al., 2020). På nationalt plan i Danmark findes der også anbefalinger til behandling af IBD-patienter, hvor *Sundhedsstyrelsen* (SST), ud over medicinsk og kirurgisk behandling, understreger, at der bør fokuseres på ernæring til IBD-patienter, dog mest i relation til patienternes øgede risiko for uplanlagt vægttab under opblussen, hvormed en inflammationshæmmende og plantebaseret kost ikke er i fokus (Sundhedsstyrelsen, 2007a). Foruden disse generelle og nationale ernæringsanbefalinger findes der tilbud på mere lokalt plan. Aalborg Universitetshospital har bl.a. en IBD-skole til patienter, der har fået diagnosticeret CD eller CU inden for et år. I dette tilbud indgår information, råd og vejledning om at leve med en kronisk tarmsygdom, der ligeledes relaterer sig til elementer inden for ernæring og livsstil (Aalborg Universitetshospital, 2020). Med baggrund i ovenstående kan det pointeres, at den eksisterende evidens peger i retning af, at ernæringsinterventioner er effektive til nedsættelse af inflammation i tarmene blandt IBD-patienter, men denne evidens er begrænset og usikker. Ydermere er den eksisterende evidens, eksisterende interventioner og anbefalinger relateret til ernæring for IBD-patienter ikke ensartet, hvorfor betydningen af dette for patienterne må undersøges nærmere.

2.4 Håndtering af ernæringsvejledning blandt sundhedsprofessionelle og betydningen heraf for IBD-patienter

Jf. afsnit 2.3 kan ernæringsvejledning være et effektivt supplement til medicinsk behandling, hvorfor håndteringen heraf blandt sundhedsprofessionelle i en organisatorisk kontekst må undersøges nærmere. Ifølge psykiater og antropolog Arthur Kleinman har individer forskellige opfattelser af, hvad sundhed, sygdom og forebyggelse er. Ifølge Kleinmans teori om det pluralistiske sundhedssystem er der tre sektorer, *den folkelige, den alternative og den*

professionelle, hvor det professionelles perspektiv er præget af en biomedicinsk tilgang til sundhed, da fokus ligger på fravær af sygdom. Inden for den folkelige sektor og lægmandsperspektivet opfattes sundhed derimod som oplevelsen af raskhed og livskvalitet (Kleinman, 1981a). Disse opfattelser af sundhed og sygdom kan forstås ud fra deres forskellige kontekster af mening og sociale relationer, hvorfor professionelle og lægfolk ifølge Kleinman besidder forskellige forklaringsmodeller og dermed respons til specifikke sygdomsoplevelser, som forsøger at forklare bl.a. forløb og behandling (Kleinman, 1981b). Ifølge kultursociolog Helle Timm er lægmandsperspektivet typisk underordnet og undertrykt af den professionelle sektor, som ovenikøbet er vokset, hvilket har resulteret i en såkaldt *medikalisering* af samfundet (Timm, 1997). De nævnte teorier anvendes i indeværende afsnit til at fremanalysere sundhedsprofessionelles håndtering af ernæringsvejledning og betydningen heraf for IBD-patienter.

I relation til behandlingen af IBD fandt Tinsley et al. (2016), at 41% af 146 gastroenterologer angav deres viden om ernæring til IBD-patienter som værende 'rigtig god' sammenlignet med 87% af diætister og 16% af sygeplejersker ($p < 0,0001$). Endvidere fandt et studie af Holt et al., (2017), at flertallet af 136 klinikere mente, at ernæring udgør en relevant faktor ift. symptomer og tarmmikrobiota hos IBD-patienter, hvor flere gastroenterologer (44%) end diætister (17%) mente, at ernæring har indflydelse på patogenesen af IBD ($p = 0,003$). Gastroenterologerne angav også, at de bruger betydeligt mere arbejdstid på IBD-patienter end diætisterne angav, at de bruger (Holt et al., 2017). Det kan heraf tyde på en uoverensstemmelse blandt sundhedsprofessionelle ift. kostens betydning for at holde IBD i remission, hvilket muligvis kan hænge sammen med den arbejdstid, som de sundhedsprofessionelle har til rådighed med IBD-patienter. Gastroenterologer er eksperter i mave-tarmkanalens funktion og patologi, men de fleste er ikke eksperter i ernæringsvidenskab grundet minimal undervisning heri på medicinstudiet. De få, som har den nødvendige ekspertise, mangler ofte kapaciteten til meningsfuldt at engagere sig med patienter over en længere periode for at skabe varige forandringer og dermed kostomlægninger (Elamin & Cohen, 2021). Det kan dermed forekomme problematisk, at IBD-patienter ikke modtager vejledning om ernæring fra diætister, idet de på baggrund af deres uddannelse har en større viden indenfor dette område, hvilket også afspejler sig i resultaterne fra studiet af Tinsley et al., (2016). Med afsæt i Kleinmans teori kan det på baggrund af ovenstående tyde på, at der er diskrepans i den betydning som kost tillægges af forskellige fagpersoner og grupper inden for den professionelle sektor, hvilket ligeledes påpeges i studiet af Holt et al., (2017). Af den eksisterende litteratur fremgår det, at der

eksisterer betydelige huller i den tilgængelige viden om ernæring til IBD-patienter (Knight-Sepulveda et al., 2015; Sabino et al., 2019; Tinsley et al., 2016), hvilket jf. afsnit 2.3 kan give anledning til heterogen rådgivning til patienter (Crooks et al., 2022; Holt et al., 2017). Ydermere kan sundhedsprofessionelles ernæringsanbefalinger som følge af manglende evidensbaserede retningslinjer komme til at afspejle deres personlige valg (Clark et al., 2022), hvormed anbefalingerne ikke altid er baseret på evidens. En mulig konsekvens af de manglende evidensbaserede rammer for rådgivning omhandlende ernæring og livsstil til IBD-patienter kan derfor antages at være en barriere for understøttelse af kost som et komplementært tillæg til den medicinske behandling blandt sundhedsprofessionelle. Det problematiske herved består i, at flere IBD-patienter vil søge råd hos de sundhedsprofessionelle angående ernæring, da prævalensen er stigende (Vasudevan et al., 2022). De forskellige anbefalinger kan skabe forvirring om, hvilken tilgang IBD-patienterne skal efterleve, som yderligere kan have konsekvenser i form af manglende systemtillid. Ifølge sociolog Niklas Luhmann opnår et individ *systemtillid*, hvis individet har positive erfaringer og oplevelser med et system (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018). Det må derfor antages, at modsatrettet rådgivning om ernæring i praksis kan give patienter med IBD nogle negative oplevelser med sundhedsvæsenet, hvilket på sigt kan formodes at skabe mistillid til systemet blandt patienterne. I studiet af Tinsley et al., (2016) angav 27% af 567 patienter med IBD, at deres viden om ernæring ift. IBD var rigtig god, hvormed 73% ikke vurderede at besidde samme viden. Endvidere angav mere end 80% af 167 IBD-patienter, at de ændrede deres kost efter deres diagnose og oplevede forbedring i deres symptomer (Guida et al., 2021). Ud fra Kleinmans teori kan det heraf tyde på, at der i den folkelige sektor er et behov for rådgivning angående kost og livsstil, da det har en oplevet effekt på patogenesen af IBD blandt patienterne. Foruden modsatrettet rådgivning i praksis blev det i studiet af Holt et al., (2017) fundet, at det kun var 26% af 928 IBD-patienter, der modtog rådgivning vedrørende ernæring trods, at 98% af gastroenterologerne rapporterede at have rådgivet deres patienter. Dette er i overensstemmelse med resultaterne fra et andet studie, hvor 50-69% af IBD-patienter rapporterede, at de havde modtaget ingen eller mangelfuld vejledning om kost (Limdi et al., 2016). Flere patienter findes derfor at søge råd og hjælp i den folkelige- eller alternative sektor, eftersom den professionelle sektor ikke kan hjælpe dem. Patienterne indstiller derfor kost og livsstil baseret på egne oplevelser, hvilket ofte medfører, at de opgiver mange fødevarer, som endvidere kan resultere i fejlnæring (Guida et al., 2021; Holt et al., 2017). Ved ubehandlet fejlnæring kan prognose, komplikationsrater, dødelighed og livskvalitet hos patienterne forværres (Vasudevan et al., 2022). I denne sammenhæng søger IBD-patienter også i stigende

grad vejledning i den alternative sektor vedrørende kost som et supplement til den medicinske behandling, hvilket typisk ses, når de oplever bivirkninger ved eller manglende effekt af den traditionelle medicinske behandling, samt når de ønsker at forbedre deres livskvalitet (Lindberg et al., 2013). I studiet af J. Zhao et al., (2021) blev det bl.a. fundet, at CD-patienter i høj grad anvender sociale medier til at få sundhedsinformation, idet patienterne herigennem opnår både informations-, følelsesmæssig- og peer-støtte, som har betydning for deres symptomhåndtering og behandlingsforståelse. Med afsæt i ovenstående ses der dermed en diskrepans mellem den professionelle-, alternative- og folkelige sektor, som kan have konsekvenser for IBD-patienter. Det paradoksale herved består i, at kost med udgangspunkt i lægmandsperspektivet findes at have indflydelse på patienternes IBD, men at dette aspekt i mindre grad indgår i de professionelles behandling heraf. At behandlingen findes at tage afsæt i forskellige sektorer og opfattelser af sundhed formodes yderligere at kunne medføre en barriere for understøttelse af kostinterventioner blandt sundhedsprofessionelle.

2.5 Eksisterende ernæringsinterventioner til IBD-patienter og social ulighed

Anskues eksisterende ernæringsinterventioner og lægefaglig ernæringsvejledning jf. afsnit 2.3 og 2.4 ud fra et forebyggelsesetisk perspektiv, så kan hovedelementerne herved forstås ud fra et liberalistisk standpunkt, idet individet har frihed til selv at vælge ud fra viden om de tilgængelige muligheder og de dertilhørende konsekvenser (Vallgård et al., 2016). I relation til eksisterende ernæringsinterventioner har IBD-patienter mulighed for selv at vælge, om de ønsker at følge ernæringsvejledninger og anbefalinger givet af sundhedsprofessionelle, eller om de ønsker at tage imod tilbud som at komme på en IBD-skole. På den anden side kan det give anledning til problematikker vedrørende social ulighed i sundhed. Vallgård et al., (2016) kritiserer de liberale principper for at *“overse de forskelle, der er mellem menneskers ressourcer til og muligheder for at påvirke egne vilkår”* (Vallgård et al., 2016, s. 215). Et liberalistisk standpunkt kan dermed bidrage til at skabe social ulighed inden for patientgruppen med IBD, idet patienter med flere ressourcer, med udgangspunkt i Vallgård, kan få et bedre sygdomsforløb end patienter med færre ressourcer. Det understøttes af begrebet *Health Literacy* (HL), som vedrører patienternes sundhedskompetence og dermed patienternes viden, færdigheder og selvtillid til at tage handling for at forbedre egen sundhed (Chinn, 2011). Patienter med høj HL vil derfor i højere grad kunne efterleve anbefalinger vedrørende ernæring

samt deltage i og drage fordel af ernæringsvejledning end patienter med lav HL. Med afsæt i ovenstående samt sociolog Robert K. Merton og hans teori om utilsigtede konsekvenser (Merton, 1936) kan det tyde på, at social ulighed kan opstå som en utilsigtet konsekvens af bestemte sociale handlinger, der i dette tilfælde omhandler den liberale, eksisterende ernæringsvejledning til IBD-patienter. I studiet af Tormey et al., (2019) påpeges det i overensstemmelse med ovenstående, at begrænset HL er en risikofaktor for dårligt helbred, men det pointeres ligeledes, at det ikke er velundersøgt blandt IBD-patienter. Af studiet rapporterede IBD-patienter med lav HL signifikant dårligere helbred ($p=0,03$) og flere depressive symptomer ($p=0,01$). Ydermere fandt det en større sandsynlighed for, at CD-patienter med "tilstrækkelig" HL er i remission sammenlignet med patienter med lav HL (Tormey et al., 2019). Det tyder derfor på, at patienter med "tilstrækkelig" eller "høj" HL har bedre forudsætninger for at forbedre deres sundhed og helbred. I den sammenhæng peger resultater fra et andet studie på, at personer med CD og lav socioøkonomisk status (SES) har signifikant øgede CD-relaterede indlæggelsesrater (Walker et al., 2018). Det kan heraf formodes, at patienter med lav SES har lav HL, idet de indlægges oftere, hvilket underbygges af, at det i et registerstudie er fundet, at personer med IBD og lav SES har øgede rater af årlige ambulante lægebesøg, indlæggelser, brug af kortikosteroider (>2000 mg/år) og død sammenlignet med personer med IBD, der ikke har lav SES (Bernstein et al., 2020). Indflydelse af lav SES blev endvidere fundet at være større for CD-patienter sammenlignet med CU-patienter (Bernstein et al., 2020). Yderligere kan individer med IBD, som oplever flere udbrud, et højere stressniveau eller en mindre grad af social støtte være i øget risiko for lavere sundhedsrelateret livskvalitet (HRQOL), hvilket kvinder også er i større risiko for end mænd (Moradkhani et al., 2013). Der ses hermed en generel ulighed i sundhed inden for IBD-patientgruppen ud fra bagvedliggende forskelle i menneskelige ressourcer. Vallgård et al., (2016) pointerer, hvordan sådanne bagvedliggende forskelle i ressourcer også påvirker individers muligheder for at påvirke egne vilkår. IBD-patienter med lav SES og HL formodes derfor at have dårligere forudsætninger for selvstændigt at opsøge og følge ernæringsinterventioner og vejledninger samt anbefalinger for at forbedre deres sundhed og helbred, hvilket kan resultere i social ulighed i sundhed. Det understøttes af en international spørgeskemaundersøgelse, som fandt, at brugen af alternativer til medicinsk behandling som ernæringsvejledning er større blandt patienter med højere SES (Rawsthorne et al., 1999). Endvidere fandt studiet af J. Zhao et al., (2021), at højtuddannede patienter oftere benytter sociale medier som deres primære CD-relaterede informationskilde, og at disse patienter ligeledes søger mere på medicinske hjemmesider for specifik information. I forlængelse heraf

fandt studiet af Hardman et al., (2020), at individer med lav SES har et større behov for vejledning i behandling, samt at de ikke er selvopsøgende ift. behandlingsmuligheder. Fokus herpå findes at være essentielt for at mindske risikoen for social ulighed, da individer, som lider af kroniske sygdomme, ofte har lav SES (Kivimäki et al., 2020), hvormed de muligvis også har lav HL. Med afsæt i ovenstående kan det udledes, at der kan være social ulighed inden for IBD-patientgruppen, som er væsentlig at tage højde for blandt sundhedsprofessionelle for at sikre, at patienterne reelt har lige forudsætninger for udbytte af kostinterventioner.

2.6 Barrierer og facilitatorer for understøttelse af en kost- eller livsstilsintervention blandt sundhedsprofessionelle

Eksisterende forskning har fundet, at det generelt er udfordrende at reorientere sundhedsvæsenet mod sundhedsfremme, hvorfor der er behov for en dybere forståelse af, hvordan sundhedsvæsenet kan forbedre sin evne hertil (Kardakis et al., 2014). På individniveau, hvor professionel viden og engagement hører til, er manglende tid, videnshuller, oplevede prioriteter og tvivl om effektiviteten af livsstilsinterventioner identificeret som almindelige barrierer (Kardakis et al., 2014). I overensstemmelse hermed blev det jf. afsnit 2.4 fremanalyseret, at manglende evidens og heraf mulig tvivl om effekten af kostinterventioner blandt sundhedsprofessionelle kan være mulige barrierer for understøttelse af sådanne interventioner i praksis. Trods at sundhedsprofessionelles holdninger til komplementære og alternative behandlingsformer overordnet er positive, så påpeger studiet af Lindberg et al., (2013) tilmed mangel på viden herom og manglende evidens inden for området som værende et problematisk aspekt. Ligeledes blev manglende viden og erfaring fundet at være mulige barrierer i et systematisk review af Wändell et al., (2018), som endvidere fandt tilstrækkelig træning og effektivitet i motivering af patienterne som værende mulige facilitatorer. Udover manglende viden har et nationalt norsk studie fundet, at kvindelige sundhedsprofessionelle er mere positivt indstillede over for alternative behandlingsformer end mandlige sundhedsprofessionelle (Kolstad et al., 2004), hvormed køn kan agere både facilitator og barriere for understøttelse af alternative behandlingsformer. Foruden køn fandt studiet, at alder kan have indflydelse på anvendelsen af alternativ behandling, da ældre sundhedsprofessionelle i mindre grad anvender det i praksis (Kolstad et al., 2004). Det kan dermed antages, at alternative behandlingsformer er blevet mere normale og accepterede i samfundet i dag sammenlignet med tidligere, hvorfor høj alder kan være en mulig barriere for understøttelse. Studiet af Kardakis et al., (2014) fandt derimod, at erfaring ligeledes kan have indflydelse på

arbejdet med livsstilsændringer, da sundhedsprofessionelle, med længere erhvervserfaring i primær sektor, rapporterede mere arbejde med patienters livsstil end sundhedsprofessionelle med kortere erfaring ($p=0,045$). Heraf kan det tyde på, at der gennem erfaring med arbejdet med patienters livsstil opnås forståelse for vigtigheden af at inddrage det i behandlingen og plejen. Det underbygges, idet Kardakis et al., (2014) fandt, at viden om livsstilsinterventioner relateret til usunde kostvaner, som har til formål at forebygge sygdom, differentierede sig ved erhvervserfaring. Erhvervserfaring og derigennem opnået viden, kan dermed fremstå som mulige facilitatorer for understøttelse af livsstilsinterventioner, hvilket også formodes at gøre sig gældende for kostinterventioner i praksis. Modsat påpeger Elamin & Cohen (2021), at manglende ernæringsvidenskabelig uddannelse og træning kan være mulige barrierer for, at IBD-patienter modtager optimal ernæringsvejledning, hvormed aktuel viden og erfaring i tråd med ovenstående findes at være essentielt, hvilket også er fremanalyseret jf. afsnit 2.4.

2.6.1 Behovet for viden i henhold til håndtering af barrierer og facilitatorer

Da der jf. afsnit 2.6 både findes at være barrierer og facilitatorer for understøttelse af kost- og livsstilsinterventioner, er det væsentligt at afsøge, hvorledes barrierer kan imødekommes, og facilitatorer aktiveres. I den sammenhæng understreger implementeringsforsker Dean Fixsen væsentligheden i at undersøge og mobilisere de såkaldte *implementation drivers*, som er vigtige faktorer for succesfuld implementering og forandringsskabelse. Disse udgør *kompetence-drivers*, *organisations-drivers* og *ledelses-drivers* (Bertram et al., 2015). Jf. afsnit 2.6 kan tilstrækkelig træning i motivering af patienterne bl.a. være en mulig *kompetence-driver* i forbindelse med understøttelse af kost- og livsstilsinterventioner, hvorfor det er væsentligt i den konkrete kontekst at undersøge nærmere, hvilke kompetencer og organisatoriske faktorer, der kan drive forandring. Derudover er det essentielt at undersøge, hvordan barrierer blandt sundhedsprofessionelle kan imødekommes. I den forbindelse pointerer Kleinman vigtigheden i at finde en mellemvej mellem lægmandens og den professionelles perspektiv ved at øge dialogen om lægmandens forklaringsmodel, så en horisontsammensmeltning mellem de to perspektiver kan finde sted (Kleinman, 1981b), hvormed barrierer kan imødegås. Det gør sig særligt gældende, da sundhedsprofessionelle, i form af læger, som fremanalyseret jf. afsnit 2.4, ikke har sikker evidens at trække på, hvorfor den biomedicinske forklaringsmodel må udfordres eller bringes i dialog. Et fokus på dialog pointeres også i et studie, som konkluderede, at kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og patienter har indflydelse på brugen af alternative behandlingsformer som kostinterventioner (Mountifield et al., 2015). Det er

ydermere blevet identificeret i et eksplorativt studie af Salemonsens et al., (2020), som påpeger, at samarbejde er væsentligt for, at livsstilsinterventioner kan have en effekt. Med henblik på at opnå en effekt må samarbejdet være baseret på etisk bevidsthed, ikke-dømmende holdninger, dialog samt delt ansvar, hvilket alle udgør faktorer, som er væsentlige for at imødekomme barrierer blandt sundhedsprofessionelle for implementering af livsstilsinterventioner (Salemonsens et al., 2020). Det tyder derfor på, at en patientinddragende og bottom-up tilgang med fokus på dialog og forståelse bør være at tilstræbe i forbindelse med understøttelse af livsstilsinterventioner og hermed forandringsskabelse. Det bør derfor undersøges nærmere, hvilke former for understøttelse, som de professionelle har brug for i relation hertil, herunder materiale, undervisning eller andet, således at det er muligt at komme mulige barrierer i forkøbet.

2.7 Barrierer, facilitatorer og social ulighed relateret til et ph.d.-forskningsprojekt med fokus på kostomlægning

Med afsæt i ovenstående afsnit vil der udvikles en strategi, som skal gøre det muligt for sundhedsprofessionelle at støtte CD-patienter i en kostomlægning. Specialet vil tage afsæt i og fungere som et støtteprojekt til et igangværende ph.d.-projekt, som indbefatter en 12-ugers kostintervention, hvor CD-patienter skal gennemgå en kostomlægning til inflammationshæmmende og overvejende plantebaseret kost med mulighed for inddragelse af fisk (Bergmann, 2022). Målgruppen for dette ph.d.-projekt er patienter over 18 år. Endvidere inviteres patienterne til projektet ud fra inklusionskriterier omhandlende tre måneders erfaring med biologisk medicin, CD sygdomsdebut for over seks måneder siden samt mild eller moderat sygdomsaktivitet. Derudover ses der eksklusionskriterier som manglende tyktarm, alkoholforbrug over SST's anbefalinger, antibiotikabehandling indenfor to måneder, nuværende prednisolon-behandling eller svær sygdomsaktivitet. Ph.d.-projektet vil konkret undersøge, om kostinterventionen er gennemførbart for patienterne, samt om den påvirker patienternes sygdomsaktivitet og helbred (Bergmann, 2022).

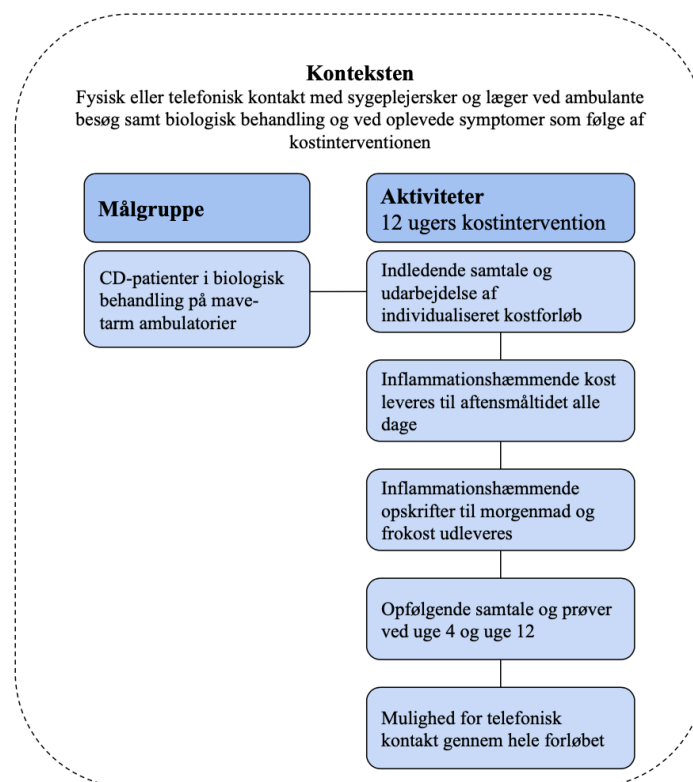
Eksisterende forskning har fundet, at der generelt ses en overvægt af ressourcestærke deltagere i forbindelse med interventionsundersøgelser (Fry et al., 2017; Radler & Ryff, 2010). Ph.d.-projektet ønsker at imødekomme denne problematik angående social ulighed ved bl.a. at sørge for, at kosten til aftensmåltidet leveres hjem til deltagernes husstand uden beregning, hvormed deltagelse i projektet ikke vil have økonomisk betydning for deltagerne. Ydermere vil

letforståelige opskrifter være tilgængelige for deltagerne, således en større del af patientgruppen kan deltage i projektet, bl.a. patienter med lav HL eller få madlavningskompetencer. Projektet forsøger hermed at arbejde ud fra begrebet *social equality*, som beskriver social lighed i sundhed som muligheden for at modtage den samme form for behandling (WHO, 2007), da alle patienter modtager samme intervention og kost. Hermed er patienternes økonomiske (SES) og uddannelsesmæssige (HL) forudsætninger indtænkt i kostinterventionen, så det tilstræbes, at alle patienter har lige muligheder og forudsætninger for at deltage i interventionen. Det må dog pointeres, at patienterne tre gange i løbet af forskningsprojektet skal have taget blod- samt fæcesprøver i dagtimerne mellem kl. 7-18 (i:1)¹, hvor det kan formodes, at patienternes mulige forskelle i SES kan have indflydelse på, om nogle patienter har bedre muligheder for at kunne få betalt fri fra arbejde. Ligeledes er transportomkostninger ikke dækket, hvormed der på trods af tilstræbelser muligvis kan opstå social ulighed i sundhed relateret til, at nogle patienter har bedre økonomiske forudsætninger for deltagelse.

Jf. afsnit 2.5 er det fremanalyseret, at patienter med lav HL og SES ofte har behov for mere støtte i forbindelse med behandlinger, idet de har dårligere forudsætninger for selvstændigt at følge anbefalinger og vejledninger fra sundhedspersonale mhp. at forbedre deres sundhed og helbred. Det kan derfor antages, at patienter med lav HL og SES vil være underrepræsenterede i projektet, idet de med større sandsynlighed vil falde fra eller takke nej til at deltage grundet manglende overskud og motivation (Hardman et al., 2020). Trods at der ses lighed i selve behandlingen, kan det tyde på, at patienternes baggrund kan have betydning for, om de indgår i, fuldfører og får gavn af at deltage i kostinterventionen. De forskellige dele af interventionen kan ses ud fra begrebet *social inequity*, der beskriver social ulighed i sundhed som noget, der er muligt at undgå, hvis patienter behandles efter deres individuelle behov, hvor nogle skal have mere støtte end andre for reelt set at have de samme forudsætninger (WHO, 2007). *Social inequity* kan tilskrives kostinterventionen, idet et tredje projekt undersøger deltagernes behov for støtte i kostomlægningen (Bergmann, 2022). Fundene fra dette tredje projekt kan bruges til at imødekomme social ulighed i deltagelse, fuldførelse og udbytte af interventionen, hvilket kan understøttes af begrebet *social inequity*, idet interventionen på den måde vil tilgodese eventuelle individuelle barrierer, som IBD-patienter kan have i relation til kostomlægningen.

¹ Indledende interview med stakeholder i ph.d.-projektet (i:1)

Trods dette er det væsentligt at indtænke de sundhedsprofessionelles understøttelse af interventionen, som fremanalyseret under afsnit 2.6, da en succesfuld implementering ligeledes afhænger af den omkringliggende kontekst og opbakning hertil. Foruden at patienterne efter en indledende samtale skal følges op via telefonisk kontakt én gang i ugen og ved fysisk kontakt i 4. og 12. uge, så skal de fortsat følge deres medicinske behandling (i:1). Hermed vil sundhedsprofessionelle i mave-tarm ambulatorier have kontakt med patienterne enten fysisk eller telefonisk, mens kostinterventionen foregår (i:1). Dette er aktuelt, da livsstilsændringer, herunder kostomlægning, kan forårsage symptomatiske hændelser hos patienterne (Guida et al., 2021), da ændringer i kosten kan give anledning til oppustethed og mavesmerter, der kan forveksles med symptomer på inflammation. Disse vil formodentligt blive undersøgt af sundhedsprofessionelle ved ambulante besøg eller diskuteres ved telefonisk kontakt med sundhedsprofessionelle, for hvem, der jf afsnit 2.6, er forskellige barrierer og facilitatorer, som kan have indflydelse på kostomlægningen. Ydermere ses det i studiet af Dal Buono et al., (2020), at sundhedsprofessionelle ofte symptombehandler IBD-patienter, hvorfor det kan antages, at de vil vejlede og behandle ud fra symptomer og dermed opfordre patienter til at tilgodese deres normale kostvaner. Det støttes op af studiet Zeitz et al., (2016), der fandt, at IBD-patienter med smerter oftest behandles med opioider, og at sundhedsprofessionelle ikke tilbyder teraperutiske- eller alternative behandlingsforslag. Begge studier pointerer, at denne måde at behandle på har en korttidsvirkning, hvor langtidsvirkende behandlingsmetoder vil være mere gavnlige for patienter, hvorfor det bør tilstræbes (Dal Buono et al., 2020; Zeitz et al., 2016). Med udgangspunkt heri tydeliggøres et behov for udvikling af en strategi målrettet sundhedsprofessionelle, som gør, at alternative behandlingsformer i højere grad anvendes frem for symptombehandling. Konteksten, målgruppen og aktiviteterne, som er forbundet med selve kostinterventionen i ph.d.-projektet illustreres af *figur 1*.



Figur 1: Oversigt over kostinterventionen i ph.d.-projektet, som dette speciale tager afsæt i

3.0 Problemafgrænsning

Den biologiske behandling af IBD forårsager, jf afsnit 2, sundhedsøkonomiske udfordringer og kan tilmed medføre bivirkninger hos patienterne. Det tyder på, at komplementære behandlingsformer som kostinterventioner muligvis kan imødekomme nogle af disse problematikker grundet lavere omkostninger ved interventionsformen og lavere fremtidige omkostninger som følge af forlængede remissionsperioder blandt patienterne. Gennemførligheden af en sådan kostintervention med fokus på påvirkningen på patienternes sygdomsaktivitet og helbred vil undersøges i et igangværende ph.d.-projekt, jf. afsnit 2.7. Som fremanalyseret jf. afsnit 2 kan patienternes compliance² til kostinterventionen muligvis impliceres af barrierer blandt sundhedsprofessionelle i forbindelse med patienternes ambulante besøg på sygehusene eller via telefonisk kontakt relateret til deres medicinske behandling. De fundne barrierer jf. afsnit 2, som manglende kompetencer og viden samt kulturen på arbejdspladsen og individuelle holdninger til ernæring, kan i værste fald implicere patienternes deltagelse i og udbytte af ph.d.-projektets kostintervention. Dette speciale vil derfor undersøge

² Compliance defineres inden for forskningsmetodik som forskningsdeltagernes villighed til at medvirke i forskningsprojektet til dette er afsluttet (Engelbrecht, 2009). Med afsæt i problemanalysen kan definitionen derfor ses i lyset af nogle af de fremanalyserede problematikker relateret til både deltagelse og frafald.

barrierer og facilitatorer for understøttelse af kostomlægning relateret til sundhedsprofessionelle i form af læger og sygeplejersker, der arbejder i mave-tarm ambulatorier i Danmark og beskæftiger sig med CD-patienter i biologisk behandling. Det fokus vil anvendes til at udvikle en strategi til imødekommelse af barrierer og facilitatorer blandt sundhedsprofessionelle, hvilket kan være essentielt ift. at sikre compliance blandt CD-patienter. Ydermere findes det væsentligt, da der på baggrund af afsnit 2 ses et behov for at undersøge, hvilken viden og hvilket materiale de sundhedsprofessionelle har brug for ift. at understøtte en sådan kostomlægning, som yderligere skal understøtte et forandringspotentiale. Dette speciale vil derfor agere støtteprojekt til ph.d.-projektet for at sikre understøttelse af kostinterventionen, så CD-patienter sikres de bedste betingelser under kostomlægningen og forbliver i kostinterventionen.

4.0 Problemformulering

Med afsæt i afsnit 2 og afsnit 3 ønskes det at besvare følgende problemformulering:

Hvordan kan danske sundhedsprofessionelles barrierer og facilitatorer for at støtte Morbus Crohn-patienter, som er i biologisk behandling, i en kostomlægning til inflammationshæmmende kost imødekommes?

For at besvare ovenstående problemformulering udarbejdes følgende forskningsspørgsmål:

1a) *Hvordan kan eksisterende forskningslitteratur bidrage til forståelse af barrierer og facilitatorer for understøttelse af en kostintervention til Morbus Crohn-patienter blandt læger og sygeplejersker?*

1b) *Hvilke barrierer og facilitatorer for understøttelse af kostintervention til Morbus Crohn-patienter opleves blandt læger og sygeplejersker på medicinske mave-tarm ambulatorier i Danmark, som administrerer biologisk medicin?*

1c) Hvilke barrierer og facilitatorer for understøttelse af en kostintervention til Morbus Crohn-patienter forekommer generelt blandt sundhedsprofessionelle, som arbejder med Morbus Crohn-patienter i biologisk behandling i Danmark?

2) Hvordan kan en strategi til sundhedsprofessionelles understøttelse af kostomlægning til inflammationshæmmende kost hos Morbus Crohn-patienter udvikles til at støtte ph.d.-projektet og lignende fremtidige kostinterventioner?

Forskningsspørgsmålene 1a, 1b og 1c skal alle bidrage til at opnå forståelse for barrierer og facilitatorer for understøttelse af kostinterventionen blandt sundhedsprofessionelle. Forskningsspørgsmål 1a vil besvares med afsæt i resultater fra et litteraturstudie, mens forskningsspørgsmål 1b vil besvares ud fra resultater fra kvalitative interviews. Yderligere vil forskningsspørgsmål 1c besvares ud fra resultater fra en spørgeskemaundersøgelse. Metodetriangulering vil anvendes i relation til disse spørgsmål samt til at besvare forskningsspørgsmål 2, som retter sig mod at udvikle en konkret strategi. Den overordnede problemformulering vil besvares ud fra disse forskningsspørgsmål. De metodiske tilgange, som anvendes, vil blive argumenteret for samt uddybet i afsnit 9.

4.2 Operationalisering

I følgende afsnit vil en operationalisering af centrale begreber blive fremlagt for at tydeliggøre definitionen heraf.

4.1.1 Inflammationshæmmende kost

Anti-inflammatorisk kost er defineret som “*a diet consisting of fresh fruits and vegetables, fish oils, few processed and refined foods, a significant amount of fiber, and limited amounts of animal protein.*” (Harvard, 2021; Medical Dictionary, 2019). Denne kostform er baseret på mindre indtag af omega-6-fedtsyrer, animalsk fedt/mættet fedt, ultra-processeret mad, transfedtsyrer, sukkersødet mad og drikkevarer samt alkohol. Den indeholder endvidere et øget indhold af omega-3-fedtsyrer, frugt, grøntsager, nødder, frø, bælgrugter, fuldkorn, krydderier/krydderurter, te og kaffe (Christ et al., 2019), som kan fås gennem en plantebaseret kost med supplement af fisk for opnåelse af en øget omega-fedtsyre-balance (Antoniussen et al., 2021). Deltagerne i ph.d.-projektet har derfor mulighed for at indtage animalsk protein i form af fisk (Bergmann, 2022). Denne kostsammensætning betegnes *inflammationshæmmende kost*, da en gennemgang af studier har vist, at en sådan kost kan hæmme inflammation i tarmene

(Antoniussen et al., 2021). I dette speciale vil forkortelsen *IFK* anvendes, når *inflammationshæmmende kost* omtales.

4.1.2 Morbus Crohn

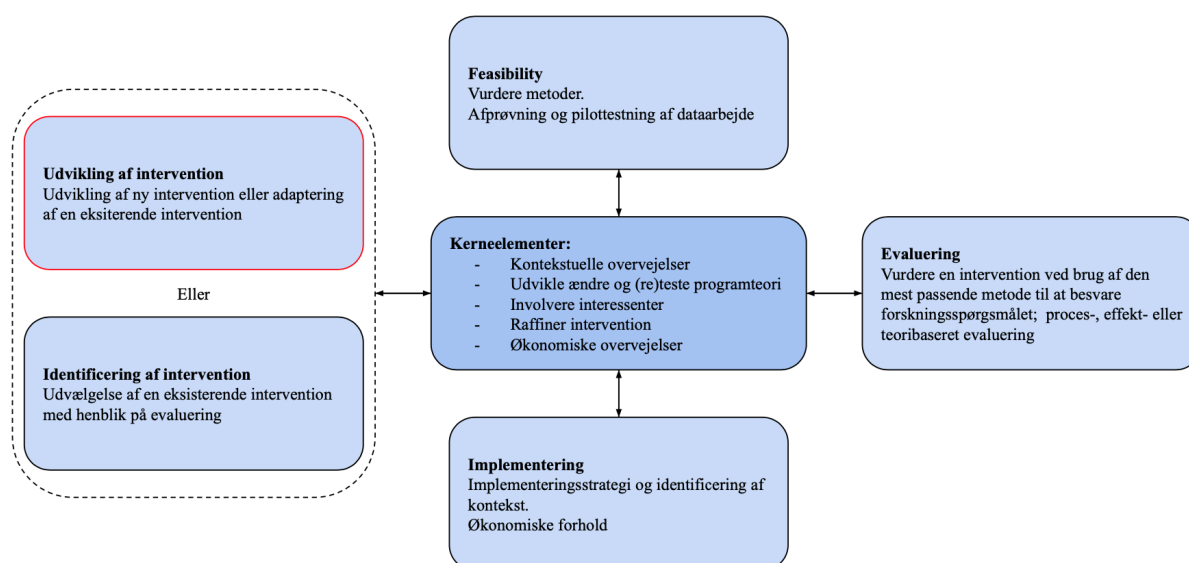
Morbus Crohn (CD) og *Colitis Ulcerosa* (CU) hører under den samlede betegnelse *inflammatory bowel disease* (IBD) jf. afsnit 2.1. Da ph.d.-projektet, som dette speciale tager afsæt i, involverer CD-patienter (Bergmann, 2022), tages der udgangspunkt i CD-patientgruppen. CD adskiller sig fra CU, da der kan findes kronisk og recidiverende *segmenteret* transmural inflammation i dele af eller hele mave-tarmkanalen, som kan strække sig gennem alle tarmens lag (WHO, 2022a). Det betyder, at der kan være dele af tarmsystemet, som er rask, mens andre dele er inflammeret. Endvidere betyder det, at inflammation ved CD-patienter kan forekomme fra læberne og ned til endetarmens åbning, hvorimod CU oftest rammer endetarmen og den nedre del af tyktarmen med risiko for at sprede sig til hele tyktarmen, hvor den forårsager sår i tarmens slimhinde (WHO, 2022b). Der tages udgangspunkt i Morbus Crohn-patienter, som vil gå under betegnelsen CD-patienter i dette speciale.

5.0 Udvikling af strategi med afsæt i planlægningsmodellen Medical Research Council Guidance (MRC)

Med afsæt i problemformuleringen jf. afsnit 4 ønskes det at udvikle en strategi til understøttelse af kostomlægning til IFK hos CD-patienter, da den omkringliggende kontekst, som interventionen implementeres i, kan være forbundet med barrierer herfor, jf. afsnit 2.7. Interventionen, som udgør en strategi til at imødekomme barrierer og facilitatorer, kan med afsæt i Skivington et al., (2021) beskrives som en kompleks intervention grundet diversiteten af målgruppen, i form af sundhedsprofessionelle, som strategien målrettes. Ligeledes fremgår kompleksiteten af de interaktioner, der kan være mellem interventionen og konteksten, jf. afsnit 2.7, da interventionen målrettes flere medicinske mave-tarm ambulatorier i Danmark, hvorfor implementeringen kan variere fra kontekst til kontekst. Der tages derfor udgangspunkt i MRC-frameworket af Skivington et al. (2021), som anvendes til udvikling og evaluering af komplekse interventioner.

MRC-frameworket består af fire faser, som inkluderer *udvikling*, *feasibility*, *evaluering* og *implementering*. Ydermere består modellen af seks kerneelementer, herunder *kontekstuelle*

overvejelser, udvikling af programteori, involvering af interessenter, raffinering af interventionen samt økonomiske overvejelser, hvilket ses i figur 2. De forskellige faser uddybes i nedenstående afsnit.

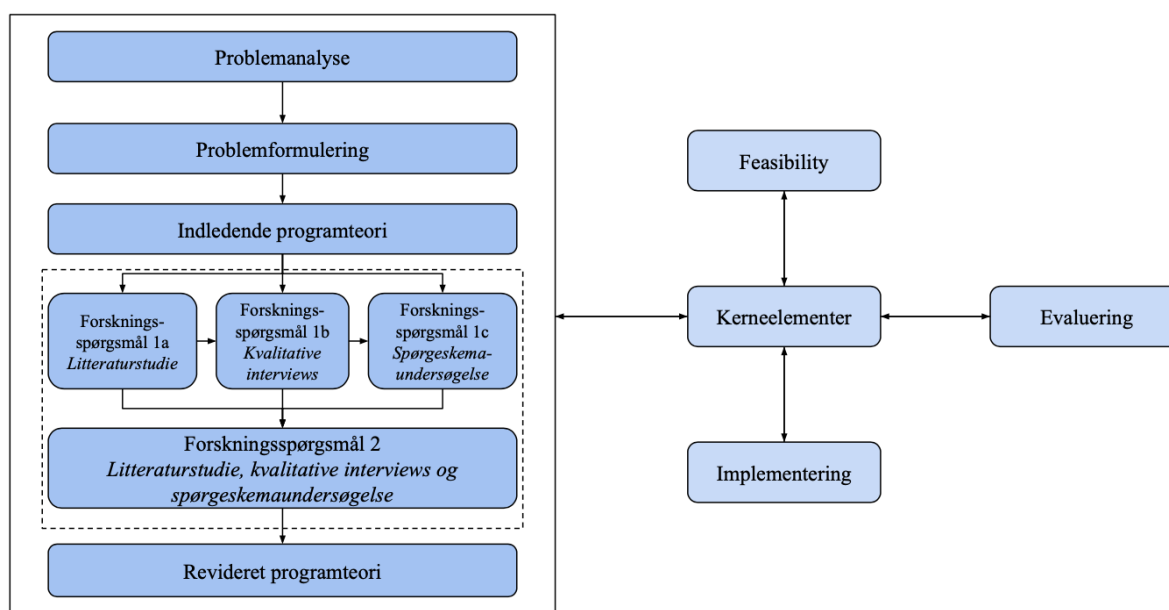


Figur 2: Modelleret MRC-model til udvikling af komplekse interventioner inspireret af Skivington et al. (2021).

5.1 Udvikling

Udvikling af strategien for understøttelse af kostinterventionen befinder sig med udgangspunkt i figur 2 inden for MRC-modellens fase, som er markeret med rødt. Hermed er der tale om *udvikling* af en intervention, idet der udvikles konkrete fokuspunkter relateret til strategien. I tillæg til MRC-modellen kan forskellige udviklingsmodeller anvendes, herunder *The INDEX study (IdentifyiNg and assessing different approaches to DEveloping complex interventions)* som kortlægger forskellige tilgange til udviklingen af komplekse interventioner og uddyber vigtige elementer i den proces (O’Cathain et al., 2019). Denne model anbefales derfor også af MRC-modellen specifikt til udviklingsfasen (Skivington et al., 2021). Et yderligere argument for at anvende denne model er, at tilgangen er iterativ som i MRC-modellen, hvilket gør det muligt at bevæge sig frem og tilbage mellem handlinger i udviklingen af interventionen (O’Cathain et al., 2019). I dette speciale anses det at være essentielt, da åbenhed for mulige forandringer i udviklingen af en kompleks intervention kan medføre, at der tages skridt både frem og tilbage. Åbenhed medfører også, at interessenter kan inkluderes og bidrage med relevante perspektiver eller feedback, som kan være væsentlig at inddrage eller undersøge nærmere med henblik på reducere risikoen for, at interventionen ikke er effektiv, når den evalueres (O’Cathain et al., 2019). Som et af de første punkter i INDEX-modellen nævnes

netop inddragelse af *interessenter* (O’Cathain et al., 2019), hvorfor disse inddrages til at danne en dybere forståelse for barrierer og facilitatorer i forbindelse med udvikling af strategien. Det er ydermere et kerneelement i MRC-modellen at inddrage interessenter tidligt (Skivington et al., 2021). Gennemgang af relevant evidens og inddragelse af relevante teorier påpeges ydermere i INDEX-modellen at være væsentligt (O’Cathain et al., 2019), hvorfor dette speciale i problemanalysen jf. afsnit 2 har undersøgt problemfeltet med udgangspunkt heri. Heraf bør der jf. INDEX-modellen opstilles en indledende *programteori* over antagelser om strategiens virkning, hvormed der tages højde for dette kerneelement (O’Cathain et al., 2019). Udviklingen af den indledende programteori vil tage udgangspunkt i professor Hanne Kathrine Krogstrups tilgang til opbygning af en programteori (Krogstrup, 2016), hvilket uddybes under afsnit 8. Herefter bør dataindsamlingen jf. INDEX-modellen påbegyndes med henblik på at forstå *konteksten* og *raffinere programteorien* (O’Cathain et al., 2019), hvilket også er kerneelementer i MRC-modellen jf. *figur 2*. Den indledende programteori vil efter indsamling af data derfor *raffineres*, hvormed en revideret programteori slutteligt vil opsættes. Dette speciale vil primært befinde sig inden for udviklingsfasen af MRC-modellen, hvilket er illustreret i *figur 3*. Endvidere vil specialet befinde sig inden for andre faser i relation til forandringsperspektivet for interventionen. Forandringsperspektivet relaterer sig til specialets overordnede formål og vedrører en *udvikling i kontekst*, hvorfor strategien, som udvikles, vil tage højde for kerneelementet *konteksten* i form identificering af barrierer og facilitatorer. Gennem interessentinddragelse i udviklingsfasen øges sandsynligheden for en mere bæredygtig intervention ifølge Krogstrup (2016), hvilket ligeledes understøtter forandringselementet. Krogstrup (2016) pointerer endvidere, at dette mindsker sandsynligheden for utilsigtede konsekvenser.



Figur 3: Model over strukturering af udviklingsfasen opstillet med inspiration fra MRC-modellen (Skivington et al., 2021)

5.2 Feasibility

Fase to i MRC-modellen involverer afprøvning af interventionen forinden evaluering og implementering gennem et feasibility- eller pilotstudie for at afdække mulige fejl og mangler samt kortlægge mulige utilsigtede konsekvenser i forbindelse med interventionen (Skivington et al., 2021). Gennemføreligheden af interventionen for imødekommelse af mulige barrierer og facilitatorer blandt sundhedsprofessionelle bør efter udvikling derfor afprøves i praksis, hvorudfra der må træffes en beslutning ift., om interventionen skal tilbage på tegnebrættet eller fortsætte til evalueringsfasen.

5.3 Evaluering

Evalueringsperspektivet bør allerede indtænkes i udviklingsfasen, hvorfor det, som pointeret under afsnit 5.1, er væsentligt at opstille en programteori over forventede virkninger og udfald af interventionen. Ifølge Skivington et al. (2021) er det i evalueringsfasen vigtigt at have en pluralistisk tilgang, når der er tale om en kompleks intervention. Det indebærer et fokus på både *effekt*, *proces* og *omkostninger*, hvor det sidste kerneelement *økonomiske overvejelser* jf. figur 2 er væsentligt at inkludere.

Evalueringen af *effekt* bør ifølge Skivington et al. (2021) tage udgangspunkt i en klassisk effektvurdering, hvor det undersøges, om interventionen har haft den tilsigtede effekt eller ej. Det er endvidere essentielt at undersøge *processen*, herunder hvordan interventionen virker, hvorfor der yderligere bør foretages en procesevaluering med henblik på at forklare, hvad der virker, for hvem og hvorfor (Skivington et al., 2021). Slutteligt pointeres det, at en økonomisk evaluering bør foretages. Dette aspekt er bl.a. væsentligt, da *omkostningseffektiviteten* og *cost-of illness* relateret til IBD, jf. afsnit 2.2, er et essentielt problem.

5.4 Implementering

Ifølge MRC-modellen er overvejelser om implementering væsentlige at indtænke fra start, hvorfor konteksten bør involveres allerede i udviklingsfasen (Skivington et al., 2021). Dette speciale er et støtteprojekt til et ph.d.-projekt, som har fokus på kontekstens potentielle indvirkning på gennemførligheden heraf, hvorfor identificering af barrierer og facilitatorer blandt sundhedsprofessionelle, må identificeres tidligt, så en strategi, der kan tage højde herfor i implementeringsfasen, kan udvikles. Det understøttes af Fixsen, som pointerer, at der må tages højde for de komponenter, *implementation drivers* jf. afsnit 2.6.1, som understøtter selve implementeringen, hvis en intervention skal implementeres succesfuldt (Bertram et al., 2015). Konkrete overvejelser herom inddrages derfor i udvikling af strategien jf. afsnit 10.6.

6.0 Forskningsparadigme, videnskabsideal og videnskabsteori

I nedenstående afsnit vil forskningsparadigme og forskningstype fastslås, hvorefter specialets videnskabsteoretiske position vil argumenteres for samt udfoldes.

6.1. Forskningstype og forskningsparadigme

Med afsæt i specialets forskningsspørgsmål og problemformulering jf. afsnit 4 ønskes det at opnå *forståelse* for den kontekst, som kostinterventionen skal implementeres i, hvor fokus vil være på barrierer og facilitatorer for understøttelse heraf blandt sundhedsprofessionelle, så en strategi kan udvikles til at imødekomme disse. Dette speciale berører dermed den *forstående* forskningstype, som ønsker at besvare spørgsmålet "*Hvilken mening tillægger X et bestemt fænomen i hvilken kontekst?*" (Launsø et al., 2017). Den forstående forskningstype er karakteriseret ved, at der søges viden om et fænomen baseret på de udforskede menneskers perspektiv (Launsø et al., 2017). Specialet har derfor rod i det fortolkningsvidenskabelige

paradigme, som bygger på den anskuelse, at indsigt i og viden om sociale forhold kræver indlevelse i forståelse af de sociale fænomener, der undersøges (Fuglsang & Bitsch Olsen, 2004). Subjektivitet er dermed essentielt og indgår som en væsentlig del af datamaterialet, hvilket gør det muligt at opnå indgående indsigt i de udforskede holdninger, meninger og vurderinger. Denne forskningstype anvendes i større grad i forbindelse med udviklings- og forandringsbehov i praksis, idet flere praktikere har erkendt, at deres faglige selvforståelse må revideres og videreudvikles, hvis roller skal ændres, eller nye opgaver skal inddrages (Launsø et al., 2017). Heraf findes denne forskningstype aktuel at inddrage ift. at besvare problemformuleringen samt specialets overordnede formål, herunder at identificere et forandringspotentiale blandt sundhedsprofessionelle i relation til understøttelse af kostinterventionen.

6.2 Ideografisk og nomotetisk videnskabsideal ud fra et hermeneutisk perspektiv

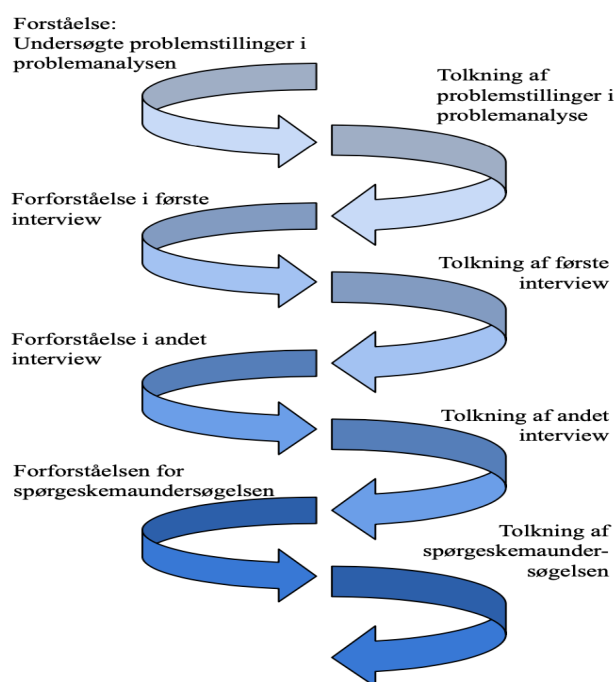
Der søges jf. afsnit 4 både dybdegående kendskab til og forståelse for individet i en konkret kontekst, men samtidig for generelle barrierer og facilitatorer, som gør sig gældende blandt sundhedsprofessionelle. Vidensidealet i specialet er derfor både ideografisk og nomotetisk, da der søges viden om hhv. det enkeltstående tilfælde og generelle principper (Collin & Køppe, 2003). De metodiske tilgange til opnåelse af viden vil derfor variere alt afhængigt af vidensidealet, hvoraf det samlede mål vil være *forståelse* for barrierer og facilitatorer blandt sundhedsprofessionelle for understøttelse af interventionen på både et *enkeltstående*- og *generelt* plan. Med udgangspunkt i den opnåede *forståelse* fra kombinationen af disse videnskabsidealer vil der udvikles en strategi til at støtte sundhedsprofessionelle i ph.d.-projektet og i forbindelse med lignende fremtidige interventioner.

6.3 Hermeneutisk videnskabsteoretisk position

Da kendskab til en given kontekst er et grundlæggende princip inden for den hermeneutiske tilgang, som muliggør forståelse og fortolkning (Dahlgager & Fredslund, 2007), tages der udgangspunkt i denne tilgang. Kontekstens betydning for forståelse underbygges, idet forskeren ikke kan foretage en fortolkning uden at kende den sammenhæng, som det udforskede indgår i, hvis fortolkningen skal have høj ekstern validitet (Fuglsang & Bitsch Olsen, 2004). Konteksten bør derfor være en integreret del af fortolkningsprocessen.

6.3.1 Hermeneutikkens grundlæggende principper

Hermeneutikken opererer med begreberne *forforståelse* og *horisontsammensmeltning*, som begge er essentielle begreber med henblik på at opnå *forståelse*. Forståelseshorisonten udgør den rækkevidde, som det enkelte individs udsyn har, men når denne møder et andet individs forståelseshorisont, vil den være foranderlig, hvis *forforståelsen* sættes i spil gennem åbenhed og udfordring af egen forforståelse. I sådanne tilfælde vil en *horisontsammensmeltning* være mulig, som inden for hermeneutikken er indbegrebet af *forståelse* (Dahlager & Fredslund, 2007). Horisontsammensmeltning er ikke lig med konsensus eller enighed i meningsoverensstemmelsen, idet den snarere omhandler at være i stand til at *forstå* det, som den anden kommunikerer om (Fuglsang & Bitsch Olsen, 2004). Denne proces udtrykkes som *den hermeneutiske spiral* eller *fortolkende forståelse*, hvor en ny forståelse for *delheden*, vil skabe en ny forståelse for *helheden*, hvorfor denne vekselvirkning mellem *delheden* og *helheden* samt *forforståelsen* og *fortolkningen* danner baggrund for en øget *forståelse* (Dahlager & Fredslund, 2007). Ifølge filosofen Hans-Georg Gadamer er den hermeneutiske spiral ikke en metode, men snarere en *betingelse* for den menneskelige erkendelsesproces (Fuglsang & Bitsch Olsen, 2004). Relateres ovenstående principper til dette speciale tager forståelseshorisonten først og fremmest udgangspunkt i de fremanalyserede problemstillinger i projektets problemanalyse jf. afsnit 2. Denne forforståelse vil dernæst udfordres og sættes i spil gennem dataindsamlings- og analyseprocessen, som er illustreret i *figur 4*.



Figur 4: Illustration af den hermeneutiske spiral

Nye indsigter fra forskellige delheder i dataindsamlingen vil derfor skabe grobund for nye indsigter i helheden, herunder forståelse af barrierer og facilitatorer blandt sundhedsprofessionelle. Forforståelsen er hermed udgangspunktet for erkendelsen, hvorfor erkendelsen må ekspliciteres tydeligt i mødet med konteksten (Juul & Bransholm Pedersen, 2012).

6.3.2 Forforståelse internt i specialegruppen

Specialegruppens interne forforståelse af barrierer og facilitatorer vil konkret ekspliciteres og bringes i spil ved at bevidstgøre denne samt erkende den som en del af forskningsprocessen. Endvidere vil den sættes i spil og udfordres under dataindsamlingen samt på analysemøder og gennem memo skrivning. Yderligere vil den sættes i spil ved aktivt at sætte sig i deltagernes sted og forsøge at forstå deltagernes forforståelser, situationer og horisonter (Dahlager & Fredslund, 2007).

Forforståelsen i specialegruppen er indledningsvist drøftet ud fra både et fælles og et individuelt perspektiv. Gruppens fælles forforståelse relateret til barrierer og facilitatorer blandt sundhedsprofessionelle bunder i problemanalysens fund, mens specialegruppens individuelle forforståelser afhænger af gruppens forskellige personlige- og professionelle baggrunde. Professionelt er specialegruppen repræsenteret af to sygeplejersker og én uddannet inden for ernæring og sundhed. Viden inden for disse forskellige fagområder kan derfor have en indvirkning på dataindsamlingen og analysen, hvor forforståelserne blandt de to uddannede sygeplejersker i særdeleshed omhandler antagelser om lægers smallere evidensbegreb og dets indvirkning i relation til mere skeptiske holdninger over for ernæring som komplementær behandling til CD-patienter. Forståelsen hos det sidste gruppemedlem er derimod præget af et bredere evidensbegreb og dermed en mere positiv indstilling over for ernæringens effekt på helbredet på et generelt plan. Foruden disse forforståelser er der personlige- og individuelle kontekster i specialegruppen, såsom familierelationer og venner med IBD, der gør, at en særlig vidensinteresse findes i specialet. Endvidere er der som følge heraf en forforståelse om, at kost kan have betydning for IBD. Disse forforståelser vurderes både at kunne indgå som muligheder og begrænsninger i forbindelse med dataindsamling og analyse, hvorfor der vil være en opmærksomhed på at udfordre disse forforståelser i mødet med konteksten, så en horisontsammensmeltning muliggøres (Dahlager & Fredslund, 2007).

6.3.3 Den kritiske hermeneutik

Inden for hermeneutikken findes forskellige underarter som traditionel hermeneutik, metode hermeneutik, filosofisk hermeneutik og kritisk hermeneutik (Juul & Bransholm Pedersen, 2012). Dette speciale tager afsæt i den kritiske hermeneutik, som har en normativ horisont om en ny og bedre verden, hvor prominente tilhængere bl.a. inkluderer filosofferne Paul Ricoeur og Jürgen Habermas (Fuglsang & Bitsch Olsen, 2004). Den kritiske hermeneutik involverer grundlæggende principper inden for hermeneutikken som den hermeneutiske spiral samt eksplicitering og anvendelse af forforståelse (Juul & Bransholm Pedersen, 2012), men den adskiller sig bl.a. fra den filosofiske hermeneutik ved at have en kritisk forforståelse for at afsløre forforståelser som ideologisk er betinget af magtforhold (Fuglsang & Bitsch Olsen, 2004). Den kritiske hermeneutik vælges grundet specialets formål om *forandringsskabelse*, da denne tilgang, gennem afsløringen af forforståelser, har et frigørende potentiale og dermed et forandringspotentiale (Fuglsang & Bitsch Olsen, 2004). Gennem kortlægningen af barrierer og facilitatorer kan specialet gennem denne tilgang dermed identificere forandringspotentialet i relation til understøttelse af kostinterventionen og lignende fremtidige interventioner. Det gøres gennem en kritisk fortolkning med inklusion af teori og videnskabelig litteratur (Gildberg & Hounsgaard, 2018). Hermed er den kritiske hermeneutiske tilgang anvendelig i forbindelse med at identificere de træk, som kan stå i vejen for udvikling (Juul & Bransholm Pedersen, 2012).

Ontologisk og epistemologisk er den kritisk hermeneutiske tilgang samstemmende med den kritisk realistiske tilgang, som positionerer sig mellem positivismen og konstruktivismen (Wad, 2015). Den tilgang deler samme ontologi som positivismen ved at anerkende, at der findes en objektiv virkelighed uafhængigt af det enkelte individ, som kan iagttages gennem sanserne. Den adskiller sig derimod fra positivismen ved at afkræfte positivismens tese om, at det, som ikke kan iagttages, ikke findes. Hermed er tilgangen epistemologisk relativistisk (Wad, 2015). Dette speciale befinder sig dermed i spændingsfeltet mellem en tilgang baseret på fortolkningsvidenskab og lovmæssigheder/tendenser, som kaldes *videnskabelige realismer* (Fuglsang & Bitsch Olsen, 2004). Inden for spændingsfeltet *videnskabelige realismer* antages det, at der må anvendes tolkning til at afdække objektive strukturer eller sammenhænge uden for den observerbare virkelighed (Fuglsang & Bitsch Olsen, 2004), hvilket vil afspejle sig i specialets metodiske tilgange, som beskrives jf. afsnit 9.

7.0 Teoretisk referenceramme

I dette afsnit begrundes og udfoldes valg af teori til anvendelse i den kritiske fortolkning jf. afsnit 10.4 samt teori til udvikling af strategien jf. afsnit 10.6.

7.1 Valg af teoretisk referenceramme

Den teoretiske referenceramme vælges med afsæt i afsnit 6 og skal bidrage til at skabe sammenhæng mellem fakta og observationer, hvormed den udgør et essentielt element i relation til at skabe forståelse for det sociale liv (Dalsgaard, A. og Meldgaard, L., 2018). En sociologisk teori vælges, da de ofte er mere *evaluative* og *kritiske* (Dalsgaard, A. og Meldgaard, L., 2018), hvilket er i overensstemmelse med den videnskabsteoretiske position. Sociologen, filosofen og antropologen Pierre Bourdieus har udviklet en teori, som kan bidrage til *forståelse* af social forskellighed, hvorfor denne teori vil anvendes til at forstå eventuelle forskelle, der ses i holdninger til IFK som komplementær behandling blandt sundhedsprofessionelle.

7.2 Bourdieu: habitus, felt, doxa og kapital

Bourdieu opererer med begreberne *habitus*, *felt*, *doxa* og *kapital* (Bourdieu, 1986; Bourdieu, 1994; Bourdieu & Wacquant, 1996), hvor *habitus* udgør de mentale strukturer, som er underliggende for individets forståelse af verden. *Habitus* definerer han som “*et system af varige og foranderlige dispositioner, der fungerer som ramme for den måde, hvorpå den enkelte aktør oplever, tænker og handler*” (Bourdieu, 1994: 23f), og sammenfatter altså både aktørens position i det sociale rum og aktørens mentale position (Bourdieu, 1994). *Habitus* er derfor relateret til det, som Bourdieu kalder *feltet*, hvilket han beskriver som et *socialt rum* i samfundet, bl.a. *sundhedsfeltet*, hvor der er bestemte regler og uformelle normer for, hvad der er rigtig og forkert adfærd, også kaldet *doxa*. Her er det særligt individer med høj grad af *kapital*, der har *symbolsk magt* til at bestemme, hvad der er den korrekte adfærd og holdning inden for *feltet* (Bourdieu & Wacquant, 1996). Kapital kan både være *kulturel*, *økonomisk* eller *social* relateret til hhv. uddannelse/prestige/viden, penge og sociale kontakter (Bourdieu, 1986). *Symbolsk magt* er dermed de dominerende gruppers magt til at opretholde konsensus om den sociale verdens mening (Bourdieu, 1994).

Bourdies begreb *habitus* kan tydeliggøre og forklare individuelle forskelle, som ses i sundhedsprofessionelles holdninger til kost som komplementær behandling på et individuelt plan. Ydermere kan begreberne *feltet* og *doxa* anvendes til at belyse uformelle normer for

adfærd og gennemgående holdninger, som findes blandt sundhedsprofessionelle inden for *sundhedsfeltet* på et organisatorisk plan. Begreberne kan også anvendes til at belyse, om der inden for *sundhedsfeltet* forekommer *magtkampe* mellem professioner ift. *doxa*, eksempelvis mellem sygeplejersker og læger. Her kan begrebet *kapital* anvendes til at forstå og forklare, hvilke sundhedsprofessionelle som har mest at sige ift. *doxa*, herunder hvad den korrekte behandling til CD-patienter er, og hvad den korrekte holdning til kost som behandlingsform er.

7.3 Valg af lærings- og forandringsteori

Med henblik på at skabe bæredygtige forandringer og forbedringer inddrages en lærings- og forandringsteori (Kamper-Jørgensen et al., 2009). En lærings- og forandringsteori er nyttig i udviklingen af strategien, da den kan anvendes til at understøtte overgangen fra analytiske resultater til udviklingen af konkrete fokuspunkter. Den er ligeledes anvendelig, idet den kan trækkes ind i den overordnede planlægningsmodel, MRC-modellen, og specificere udviklingen af strategien (Vedtofte, 2009). Da individets forståelse af verden afhænger af dets tidligere erfaringer samt dets sociale og kulturelle baggrund, kan læring være differentieret (Piaget, 2003; Rasmussen, 1998), hvorfor differentierede læringsstrategier kan være nødvendige at anvende.

7.4 Vedtoftes didaktiske model

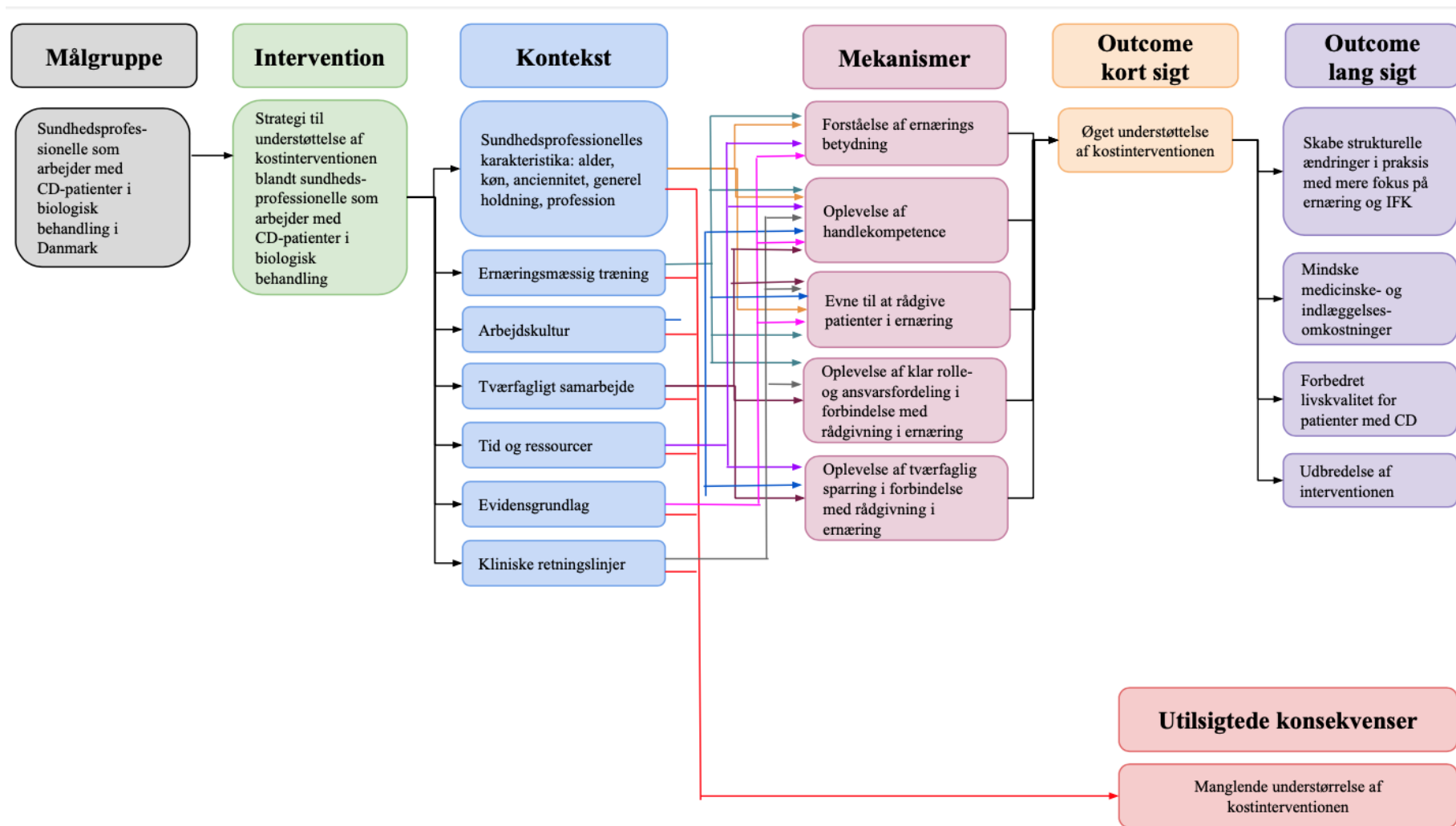
Sygeplejerske og cand.pæd. Dorit Ibsen Vedtoftes didaktiske model anvendes til at planlægge læring og forandring hos sundhedsprofessionelle med henblik på understøttelse af kostinterventionen. Hermed skal modellen bidrage med viden om, hvordan de sundhedsprofessionelle bedst kan lære, det der findes relevant med afsæt i resultater fra den kritiske fortolkning. Modellen involverer forskellige faser, herunder *mål*, *deltagerforudsætninger*, *indhold*, *relationen*, *undervisningsmetoden* og *formen*, *praktiske forhold* og *evaluering* (Vedtofte 2009). I relation til specialet vil behovet for læring og forandring afdækkes gennem dataindsamlingen, hvorudfra der kan opsættes *mål* herfor. Gennem dataindsamlingen vil der ydermere opnås forståelse for målgruppens forudsætninger for læring, samt om deres forudsætninger for læring er differentierede *forudsætninger*. Gennem dataindsamlingen vil det bedst egnede *indhold* samt formen og formidlingen heraf afsøges. Derudover vil *praktiske forhold* som format og tidsaspektet afsøges gennem dataindsamlingen. Vedtoftes model understreger ligeledes vigtigheden af, at fokuspunkterne efterfølgende *evalueres* mhp. at fastsætte, om de opfylder læringsmålene.

8.0 Indledende programteori

I dette afsnit opstilles en indledende programteori over interventionen og dermed den strategi, som dette speciale har til hensigt at udvikle.

8.2 Programteori over interventionen

Den indledende programteori opstilles med afsæt i Krogstrups (2016) tilgang, som indeholder elementerne: *målgruppe, indsats (intervention), kontekst, mekanismer og outcomes (på kort og lang sigt)*. Den indledende programteori fremgår af *figur 5*, hvor pilene illustrerer antagelser om, hvilke kontekstuelle barrierer og facilitatorer, der kan være blandt sygeplejersker og læger for understøttelse af en kostomlægning til IFK, samt hvilke mekanismer interventionen bør tilstræbe at aktivere med henblik på at opnå bestemte udfald. Disse opsatte antagelser i *figur 5* er baseret på et indledende interview med en stakeholder (i:1) og specialets problemanalyse jf. afsnit 2, hvor teori og eksisterende videnskabelig litteratur samt rapporter indgår. Af dataindsamlingen undersøges det, hvilke konkrete fokuspunkter der kan udløse relevante mekanismer. Den indledende programteori vil derfor efter endt dataindsamling revideres med udgangspunkt i den udviklede strategi. Endvidere undersøges det, hvilke kontekster der er fremmende og hæmmende for aktiveringen heraf. Hermed vil de antagelser, som fremgår i *figur 5*, enten be- eller afkræftes på baggrund af dataindsamlingen. Den reviderede programteori skal dermed visualisere og medvirke til at tydeliggøre, hvordan den endelige strategi konkret virker ift. at imødekomme kontekster og aktivere intenderede mekanismer.



Figur 5: Indledende programteori over interventionen

Målgruppen for strategien er sundhedsprofessionelle, som arbejder med CD-patienter i biologisk behandling i Danmark. Det skyldes, at det både ønskes at identificere barrierer og facilitatorer specifikt på Aalborg Universitetshospital, men ligeledes på andre danske hospitaler med henblik på en mulig udbredelse af kostinterventionen. De konkrete fokuspunkter vil fremgå af den reviderede programteori i afsnit 10.7.

Virkningen af interventionen vil afhænge af de forskellige kontekster, herunder barrierer og facilitatorer, hvilket er ekspliciteret i *figur 5*. Vedrørende sundhedsprofessionelles karakteristika fremgår det af afsnit 2.6, at kontekster som *alder, anciennitet, erfaring, profession, generel holdning og køn* kan være både barrierer og facilitatorer for understøttelse af kost- og livsstilsinterventioner. En positiv holdning til effekten af kostinterventioner vil eksempelvis være en facilitator for understøttelse af kostinterventionen, hvorimod en negativ holdning vil være en barriere, jf. afsnit 2.6. Ligeledes ses det blandt sundhedsprofessionelle, at kvinder generelt er mere positivt indstillede over for alternative behandlingsformer end mænd, og at *ernæringsmæssig træning* er en facilitator for understøttelse, jf. afsnit 2.6. Endvidere kan *arbejdskultur, tværfagligt samarbejde samt tid og ressourcer* jf. afsnit 2.7 agere både barrierer og facilitatorer. *Arbejdskulturen* kan påvirke understøttelse af kostinterventioner, mens *tid og ressourcer* er afgørende for, om sundhedsprofessionelle har mulighed for at understøtte sådanne interventioner. Slutteligt ses *evidensgrundlag og kliniske retningslinjer* at have betydning, da det jf. afsnit 2.6 påpeges, at mangel herpå kan være en barriere for understøttelse, da det medfører, at sundhedsprofessionelle ikke har noget konkret at vejlede ud fra, hvilket kan skabe tvivl om interventionernes effektivitet. Det findes derfor væsentligt at undersøge og tage højde for ovenstående i udviklingen af strategien.

Formålet med udformningen af konkrete fokuspunkter i strategien er at imødekomme barrierer og facilitatorer, så *mekanismer* for understøttelse aktiveres. Der ses bl.a. et behov for øget *forståelse for ernærings betydning*, hvorfor strategien bør indeholde et undervisnings- og/eller videnselement. Det vil derfor afsøges i dataindsamlingen, hvad sundhedsprofessionelle har behov for i den sammenhæng. Ligeledes pointeres det jf. afsnit 2.6, at sundhedsprofessionelle mangler tid og evner for at kunne rådgive i ernæring. Mekanismerne, *øget oplevelse af handlekompetence* og forbedret *evne til at rådgive patienter i ernæring*, søges dermed aktiveret gennem konkrete fokuspunkter. Af ovenstående kan det antages, at der er et behov for at skabe bedre tids- og ressourcemæssige forudsætninger i ambulatorierne samt øgede kompetencer blandt sundhedsprofessionelle inden for vejledning i ernæring til patientgruppen. Undersøgelse

af barrierer og facilitatorer for ændringer i praksis med henblik på at optimere understøttelse af kostinterventionen er derfor essentielt. Højdetagen herfor kan også antages at aktivere mekanismerne *oplevelse af klar rolle- og ansvarsfordeling i forbindelse med rådgivning i ernæring* og *oplevelse af tværfaglig sparring i forbindelse med rådgivning i ernæring*, jf. afsnit 2.7.

Strategiens overordnede formål på kort sigt er derfor *øget understøttelse af kostinterventionen*, mens formålet på lang sigt tilstræber at *skabe strukturelle ændringer i praksis mod øget fokus på IFK* som komplementær behandling til biologisk medicin til CD-patienter. Ydermere tilstræbes *udbredelse af interventionen* samt det at *minske omkostninger relateret til medicin og indlæggelser* og *forbedre livskvaliteten hos CD-patienter*. Uden strategien er vil der være risiko for utilsigtede konsekvenser i form af *manglende understøttelse af interventionen*, da barrierer og facilitatorer ikke imødekommes, hvormed en manglende aktivering af *mekanismerne* vil forekomme.

9.0 Metode

Med afsæt i problemformuleringen og den videnskabsteoretiske position vil der foretages et litteraturstudie, kvalitative interviews og en spørgeskemaundersøgelse. I følgende afsnit vil de metodiske valg relateret til de metodiske tilgange blive præsenteret.

9.1 Kombination af metodiske tilgange

Til undersøgelse af problemformuleringen anvendes der metodetriangulering, som bygger på en epistemologisk antagelse om, at forskellige metoder indfanger den samme, stabile forskningsgenstand, hvormed de reelt kan skabe én samlet beskrivelse af én samlet virkelighed (Frederiksen, 2013). Hermed kan de forskellige metoder anvendes til at skabe en samlet beskrivelse og forståelse af en forskningsgenstand, som i dette speciale udgør de barrierer og facilitatorer for understøttelse af en kostintervention, der findes blandt sundhedsprofessionelle. Argumentet for anvendelse af metodetriangulering ligger i vidensidealet, som både er nomotetisk og ideografisk jf. afsnit 6. Ydermere anvendes metodetriangulering med henblik på *validering*, hvormed metoderne kan kompensere for hinandens respektive styrker og svagheder samt anvendes til at be- eller afkræfte resultater for at øge styrken af de videnskabelige udsagn (Frederiksen, 2013). Inden for metodetriangulering kombineres typisk en kvalitativ- og en kvantitativ undersøgelse (Frederiksen, 2013), hvilket også er tilfældet i dette speciale.

*Integrationen*³ af de forskellige metodiske tilgange indebærer ved metodetriangulering typisk en klar *teoriintegration* eller forskningsgenstand, som de forskellige tilgange vil undersøge (Frederiksen, 2013). Dette speciales forskningsgenstand fremgår af ovenstående. Ydermere involverer metodetriangulering en *designintegration*, hvor det ses af forskningsspørgsmålene, hvad de enkelte metoder skal anvendes til (Frederiksen, 2013). Denne integrationsform involverer også spørgsmålet om, hvilken rækkefølge metoderne vil gennemføres i (Frederiksen, 2013). I dette speciale vil den kvalitative undersøgelse kvalificere den kvantitative undersøgelse, hvorfor der er tale om et *exploratory sequential design*, da det først ønskes at udforske fænomenet dybdegående, hvorefter denne viden vil anvendes til at undersøge fænomenets omfang nærmere (Merriam & Tisdell, 2015). Det vælges grundet manglende viden på området, som fremanalyseret jf. afsnit 2, da kvalitative undersøgelser oftest tilvælges over kvantitative undersøgelser indledningsvist, når dette er tilfældet (Rattray & Jones, 2007). Eftersom der anvendes et *exploratory sequential design* kan der ligeledes forekomme *dataintegration*, da deltagere i den kvalitative undersøgelse også har mulighed for at deltage i den kvantitative undersøgelse (Frederiksen, 2013). *Metoderne* er dermed også integrerede, da resultater fra den kvalitative undersøgelse anvendes til at opstille den kvantitative undersøgelse. Det gøres med henblik på at skabe mere detaljerede og præcise hypoteser, som den kvantitative undersøgelse kan teste og nuancere. Eftersom der ligeledes gøres brug af en iterativ tilgang jf. afsnit 5.1 kan der dermed forekomme ændringer imellem undersøgelserne med henblik på at sikre en så effektiv intervention som muligt. Derimod tilstræbes ingen *analyseintegration* inden for metodetriangulering, men derimod en sammenligning af henholdsvis den kvalitative og den kvantitative analyse (Frederiksen, 2013), hvorfor der vil foretages en separat kvalitativ og kvantitativ analyse i dette speciale. Trods dette integreres metoderne til slut i en kritisk fortolkning, hvor resultater, som går på tværs af de to undersøgelser, præsenteres og fortolkes, hvilket også kaldes *fortolkningsintegration*. Denne integrationsform involverer, hvordan analysernes resultater sættes i relation til teori og eksisterende forskning (Frederiksen, 2013), hvilket fremgår jf. afsnit 10.4. Det er derfor først i dette led, at specialets tredje metode, litteraturstudiet, integreres. Resultater, som indgår i *fortolkningsintegrationen*, vedrører centrale resultater i litteraturstudiet, centrale analytiske resultater fra den kvalitative analyse samt klare deskriptive tendenser og signifikante resultater

³ Med integration menes skabelsen af en håndgribelig relation mellem de adskilte dele i forskningen (Frederiksen, 2013)

fra den kvantitative analyse. I denne ses der på tværs af resultaterne for at fastslå hvilke resultater, som bekræftes på tværs af datakilderne.

9.1.1 Studiedesign

Specialet tager udgangspunkt i et kvalitativt casestudie, som ifølge socialforsker Robert K. Yin muliggør undersøgelse af sociale fænomener inden for den kontekst, hvori de udfolder sig (Yin, 1989). Eftersom det ikke er muligt at undersøge alle perspektiver af en case, er det nødvendigt at have en forestilling om, hvad der er interessant, hvilket betegnes *the central subject problem* (Antoft, 2013). I dette speciale ønskes det jf. afsnit 4 at undersøge barrierer og facilitatorer blandt sundhedsprofessionelle i medicinske mave-tarm ambulatorier i Danmark, hvorfor fokus er på forholdet mellem det sociale fænomen og konteksten. Heraf findes casestudiet anvendeligt som forskningsstrategi (Antoft, 2013), da det formodes, at der er en sammenhæng herimellem, samt at der implicit er en forestilling om, at cases repræsenterer eller relaterer sig til en mere generel sammenhæng.

Casestudiet vil ofte håndtere situationer, hvor der vil være flere interessante variable end en enkelt dataindsamlingsmetode kan indfange, hvorfor de baseres på multiple datakilder, som skal konvergere med principperne for triangulering (Antoft, 2013), jf. afsnit 9.1. Det betyder, at forskeren kan trække på flere teknikker i et og samme casestudie (Antoft, 2013). Eftersom dette speciales formål jf. afsnit 6 er at opnå forståelse for barrierer og facilitatorer gennem en kritisk fortolkning, vil datagrundlaget fortolkes kvalitativt. Det er gældende for datagrundlaget af både kvalitativ og kvantitativ karakter (Antoft, 2013) samt data fra litteraturstudiet.

9.2 Litteraturstudie

I dette afsnit redegøres og argumenteres der for de metodiske valg, som tages i forbindelse med det systematiske litteraturstudie, herunder valg af databaser, søgestrategi og selve selektionsprocessen, hvilket har til formål at øge gennemsigtigheden og systematikken i den systematiske søgning (Sundhedsstyrelsen, 2007b). Derudover beskrives den indledende litteratursøgning, som anvendes i forbindelse med problemanalysen jf. afsnit 2.

9.2.1 Indledende litteratursøgning

Forud for den systematiske litteratursøgning foretages nogle generelle søgninger som indledende søgninger i bl.a. Google Scholar, Aalborg Universitets database på aub.aau.dk, samt databaser som *The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) og PubMed. Ved fund af relevant litteratur anvendes der ydermere kædesøgning i den indledende

fase, hvormed studienes referencelister vil blive gennemgået. Disse indledende søgninger foretages for at identificere, fremanalysere og afgrænse specialets problemstilling i problemanalysen, hvor søgninger i Google Scholar foretages med henblik på at identificere grå litteratur som relevante rapporter. I søgningerne søges der både med engelske og danske søgetermer. Den indledende litteratursøgning anvendes yderligere til at få et overblik over mulige relevante databaser for den systematiske litteratursøgning, som efterfølgende opbygges.

9.2.2. Systematisk litteratursøgning

Den systematiske litteratursøgning har til formål at bidrage med viden om kostinterventioner samt identificere barrierer og facilitatorer blandt sundhedsprofessionelle relateret til kostomlægning hos patienter.

9.2.2.1 In- og eksklusionskriterier

Forinden udførelse af den systematiske litteratursøgning opstilles gældende in- og eksklusionskriterier med henblik på at præcisere og systematisere søgeprocessen. Disse kriterier udvælges på baggrund af forskningsspørgsmål 1a jf. afsnit 4, hvilket har til formål at målrette søgningen, så det kun er relevant litteratur, der fremsøges. De gældende in- og eksklusionskriterier fremtræder nedenfor i *tabel 1*. Inklusionskriterier som en vestlig kontekst eller en kontekst sammenlignelig hermed tilvælges, idet studierne skal kunne overføres til en dansk kontekst og vestlig madkultur, da det vides, at vestliggørelse af kosten er impliceret i udviklingen af IBD (Vasudevan et al., 2022). Ligeledes er overførbarheden til en dansk kontekst væsentlig i forbindelse med de kontekstuelle betingelser i form af den organisatoriske kontekst, herunder sundhedsvæsenets opbygning. Ydermere vil relevante studier omhandlende kostinterventioner og sundhedsprofessionelle i form af læger og sygeplejersker blive inkluderet. Derimod er det et eksklusionskriterium, at studierne omhandler kritisk syge og andre ikke overførbare sygdomme til IBD, da patienterne i ph.d.-projektet, som dette speciale tager afsæt i jf. afsnit 2.7, er stabile og dermed ikke kritisk syge. Yderligere vurderes setting at være essentielt, da specialet har til formål at udvikle en strategi til understøttelse af IFK i en ambulant kontekst, jf. afsnit 4, hvorfor studier omhandlende indlagte patienter på sengeafsnit og beboere på bosteder også ekskluderes. Studier omhandlende indlagte ekskluderes, da sygeplejerskerne her administrerer patienternes kost, hvorimod borgere, som kommer i ambulatorier eller hos egen læge, selv administrerer dette. Heraf besidder sundhedsprofessionelle på sengeafsnit nogle andre arbejdsopgaver relateret til ernæring end sundhedsprofessionelle i ambulatorier samt hos praktiserende læger.

Tabel 1: Oversigt over valgte in- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Sygeplejersker og læger	Diætister og andre ikke relevante sundhedsprofessionelle
Overførbare kroniske sygdomme til CD	Kritisk syge og andre ikke overførbare sygdomme til CD, herunder demens
Omhandlende kostinterventioner	Studier omhandlende kostinterventioner til indlagte patienter og beboere på bosteder
Sprog: dansk, engelsk, norsk eller svensk	Studier kun omhandlende pædiatri
Nyere litteratur >2009	Publicering: <2009
Studier omhandlende barrierer og/eller facilitatorer	Studier som ikke omhandler barrierer eller facilitatorer
Vestlig kontekst eller sammenlignelig hermed	Ikke vestlig kontekst eller ikke sammenlignelig med en vestlig kontekst
Studier som indeholder en tydelig beskrivelse af deres metode	Studier som ikke indeholder en tydelig beskrivelse af deres metode

9.2.2.2 Valg af databaser

Tre databaser anvendes i forbindelse med den systematiske litteratursøgning, herunder en tværfaglig og bred database i form af Scopus samt to specialiserede videnskabelige databaser i form af CINAHL og Embase, som alle vælges grundet deres potentiale og respektive styrker ift. at besvare specialets problemformulering og forskningsspørgsmål. Med afsæt i et review af Bramer et al., (2017) anses en kombination af brede og specialiserede databaser at være fordelagtig i en systematisk litteratursøgning, da det belyses, at disse supplerer hinandens mulige søgevidde samt styrker og svagheder godt.

Scopus vælges, da det er en flervidenskabelig database (Elsevier BV, 2022), hvilket stemmer overens med specialets tilgang til at besvare problemformuleringen. Den er tilmed den største abstract- og citationsdatabase, der ydermere viser et bredt udsnit af videnskabelig litteratur over peer-reviewed studier (Elsevier BV, 2022). Af databaser med et specifikt videnskabeligt fokus indgår CINAHL og Embase, som begge bidrager til fokuserede søgninger, der suppleres med en bred søgning i Scopus. CINAHL tilvælges grundet overvægten af publiceringer inden for kvalitative samt psykologiske studier (EBSCO, 2022), hvilket kan bidrage til at belyse læger og sygeplejersker barrierer og facilitatorer i relation til kostinterventioner. Idet der søges viden om læger og sygeplejersker, der arbejder inden for et specifikt medicinsk område, i relation til

støtte kostinterventioner, vælges databasen Embase, som er verdens største database inden for medicin og biomedicin samt relaterede områder, hvori databasen MEDLINE også indgår (Elsevier, 2022). Denne database vurderes derfor at kunne bidrage til at øge kvaliteten af den systematiske søgning grundet potentialet for flere relevante hits (Elsevier BV, 2022).

9.2.2.3 Søgestrategi

Søgeprotokollen opbygges efter en blokstruktur med udgangspunkt i forskningsspørgsmål 1b jf. afsnit 4 for at højne kvaliteten og *præcisionen*⁴ samt for at skabe overblik over søgningen (Sundhedsstyrelsen, 2007b). I en bloksøgning inddeles søgetermer i blokke (Rasmussen et al., 2017), som her betegnes facetter. I dette speciale søges der med to facetter undtagen i databasen Embase, hvor der søges med tre facetter. De to gennemgående facetter, *sundhedsprofessionelles holdninger* og *kostinterventioner*, vælges, da de kan indfange både barrierer og facilitatorer blandt sundhedsprofessionelle for understøttelse af en kostintervention, hvilket indgår som et inklusionskriterium jf. afsnit 9.2.2.1. Af søgning med selvsamme to facetter i Embase fremkommer omkring 1500 hits, hvorfor en tredje facet, *barrierer* og *facilitatorer*, inkluderes i denne søgning. For at indfange både barrierer og facilitatorer opdeles søgningen i en søgning A og en søgning B. Hermed sikres det, at alt relevant litteratur fremsøges. Den komplette søgestrategi for disse to søgninger fremgår af *tabel 2*. Af *bilag A, B, C og D* fremgår komplette søgestrategier for søgningerne i databaserne.

⁴ Ifølge Frandsen et al., (2014) beskrives præcision som den andel af søgeresultatet, der er relevant for den udførte søgning.

Tabel 2: Søgestrategi for databasen Embase afsøgt d. 02/03-2022 og 03/03-2022

AND			
Søgning A	Facet 1: Sundhedsprofessionelles holdninger	Facet 2: Kostinterventioner	Facet 3: Barrierer
OR	Kontrollerede emneord: 'Health personnel attitude' Fritekst: 'Health personnel attitude'	Kontrollerede emneord: 'Dietary change' 'Diet modification' 'Diet therapy' Fritekst: 'Diet therapy' 'Diet modification'	Kontrollerede emneord: Fritekst: Barrier* Obstac * Challeng*
Søgning B	Facet 1: Sundhedsprofessionelles holdninger	Facet 2: Kostinterventioner	Facet 3: Facilitatorer
OR	Kontrollerede emneord: 'Health personnel attitude' Fritekst: 'Health personnel attitude'	Kontrollerede emneord: 'Dietary change' 'Diet modification' 'Diet therapy' Fritekst: 'Diet therapy' 'Diet modification'	Kontrollerede emneord: Fritekst: Facilitator* Motivator* Enable*

Af tabel 2 ses det ydermere, at søgningerne foretages ved anvendelse af både kontrollerede emneord og fritekstsøgninger. Kontrollerede emneord er indekseret og kategoriseret i den enkelte database (Rasmussen et al., 2017), hvorfor der kan være variation i disse på tværs af databaserne. På baggrund heraf identificeres der også relevante søgetermer ved brug af synonymer i fritekstsøgning. Væsentlige søgetermer afklares derfor inden for hver database, da databasernes terminologi opererer uafhængigt af hinanden og dermed er inkonsistente (Lund et al., 2014). Med afsæt heri udarbejdes de facetter, som anvendes, i forbindelse med de indledende søgninger i databaserne, hvor relevante søgetermer identificeres gennem en iterativ proces, som bidrager til at sikre tilstrækkelig *recall* i søgningerne, hvormed der menes søgningens evne til at indfange mest muligt relevant litteratur (Frandsen et al., 2014). I databasen Scopus anvendes kun fritekstsøgninger, idet der ikke findes en thesaurus, hvor det er muligt at fremsøge kontrollerede emneord. Det skyldes, at Scopus er en tværfaglig database, hvor kontrollerede emneord generelt varierer inden for de forskellige videnskaber (Aalborg Universitet Biblioteket, 2022), hvorfor en søgning i thesaurus kan gøre søgningen svag. Kontrollerede emneord indsnævrer og sikrer derimod generelt præcision i søgningen, idet der herved kun inkluderes studier, som er indekseret under søgetermen (Sundhedsstyrelsen, 2007b), hvorimod fritekstsøgninger udbreder søgningen, således anden relevant litteratur ikke

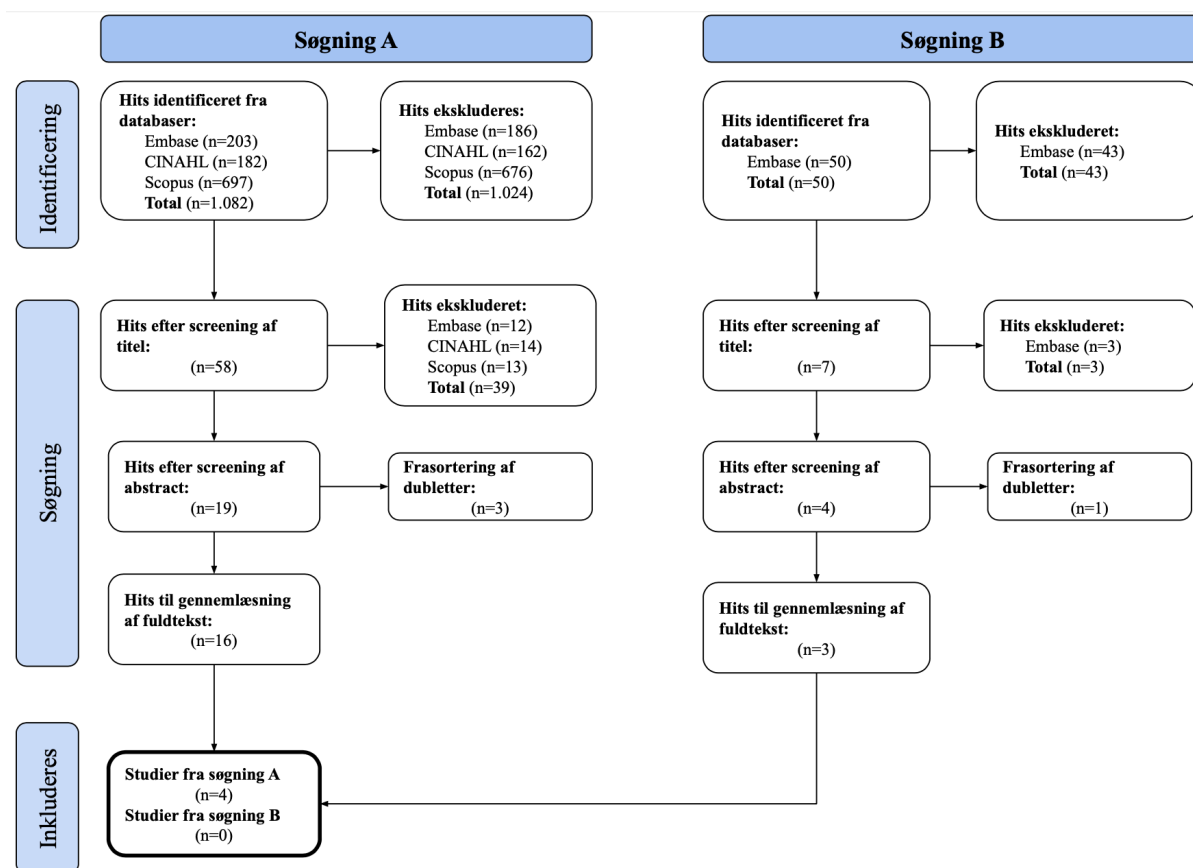
ekskluderes (Lund et al., 2014). Af *tabel 3* ses de søgetermer, som anvendes i forbindelse med søgningerne på tværs af databaserne.

Tabel 3: Oversigt over anvendte facetter og søgetermer på tværs af databaserne

AND			
	Facet 1: Sundhedsprofessionelles holdninger	Facet 2: Kostinterventioner	Facet 3: Barrier/facilitatorer
OR	Health personnel attitude Health professionals attitude Health care workers attitude Health care takers attitude Health care beliefs	Dietary change Diet modification Diet therapy Anti-inflammatory treatment Plant-based diet Vegetarian diet Nutrition therapy Nutrition modification Diet	Barrier Obstacl Challeng Facilitator Motivator Enable

9.2.2.4 Selektionsprocessen

In- og eksklusionskriterierne jf. afsnit 9.2.2.1 er inddraget gennem hele selektionsprocessen af studierne. Af den systematiske litteratursøgning er der på tværs af de tre databaser samlet set fremsøgt 1.132 hits. Selektionsprocessen er tredelt, hvor studierne indledningsvist selekteres ud fra titel. Her ekskluderes samlet 1.067 studier, hvormed 65 gennemlæses på abstract, hvilket udgør anden del af selektionsprocessen. Her ekskluderes 42 af studierne, hvormed 23 fortsat inkluderes. Efter dette sorteres der for dubletter mellem databaserne, hvilket har resulteret i 19 tilbageværende studier. Tredje del af selektionen udgør, at disse 19 studier vurderes ved gennemlæsning af den fulde tekst. Efter gennemlæsning heraf inkluderes 4 af studierne i litteraturstudiet. Selektionsprocessen fremgår i flowchartet af *figur 6*, hvilket endvidere giver et samlet overblik over selektionsprocesserne for søgning A og B. En yderligere specifikation af selektionsprocessen fremgår i *bilag E*.



Figur 6: Flowchart over søgning A og søgning B

9.2.3 Kvalitetsvurdering af udvalgte videnskabelige studier

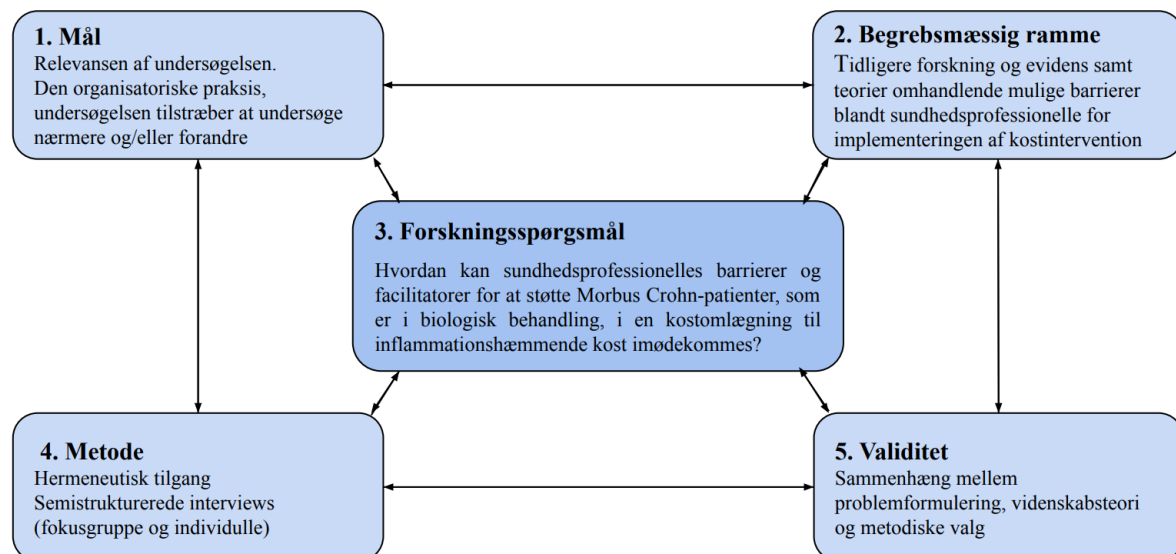
De fire udvalgte studier kvalitetsvurderes ud fra relevante tjeklister, som er målrettet de enkelte studiedesigns. Formålet hermed er kritisk at vurdere studiernes metodiske kvalitet i form af deres validitet⁵ og reliabilitet⁶ med henblik på at identificere mulige bias og mangler. Det er essentielt, inden studierne inkluderes i analysen, da kvaliteten af et studie kan påvirke troværdigheden af de resultater, som studiet finder og præsenterer (Lund et al., 2014). De fire udvalgte studier er hhv. to reviews, et kvalitativt studie og et tværsnitsstudie. De to reviews vurderes ud fra redskabet *ROBIS: Tool to assess risk of bias in systematic reviews* (Whiting et al., 2018), mens det kvalitative studie vurderes ud fra *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) (Critical Appraisal Skills Programme, 2018). Yderligere vurderes det udvalgte tværsnitsstudie med afsæt i CEBMas designspecifikke kvalitetsvurderingstjekliste til tværsnitsstudier (CEBM, 2019).

⁵ Gyldighed. Det udtrykker, om der vurderes eller måles det, der reelt ønskes at blive vurderet eller målt (Launsø et al., 2017)

⁶ Pålidelighed eller konsistens. Det henviser til målingens eller vurderingens nøjagtighed (Launsø et al., 2017)

9.3 Kvalitativ metode

Med henblik på at sikre sammenhæng i den kvalitative del tages der udgangspunkt i professor Joseph A. Maxwells interaktive model, som involverer fem faser for en kvalitativ undersøgelse: *mål*, *begrebsmæssig ramme*, *forskningsspørgsmål*, *metode* og *validitet* (Maxwell, 2005). Med udgangspunkt i modellens første fase er problemet indledningsvist analyseret i problemanalysen med henblik på at fastsætte *mål* for indeværende undersøgelse, klarlægge relevansen og aktualiteten af undersøgelsen, samt hvilken organisatorisk praksis undersøgelsen tilstræber at undersøge nærmere og muligvis forandre. Yderligere er den *begrebsmæssige ramme* afsøgt under problemanalysen, herunder inkludering af eksisterende forskning og relevante teorier for undersøgelsens problematik, hvilket har ledt til *forskningsspørgsmålet* og dermed identificering af, hvad der konkret ønskes undersøgt. Med afsæt i problemformuleringen præsenteres derfor valg af *metode* herunder for at sikre *validiteten*. Dette er illustreret nedenfor i *figur 7*, hvor pilene er fleksible, særligt i de tre første faser, hvilket sikrer modellens interaktivitet, herunder muligheden for revision af de forskellige faser afhængigt af resultater i de andre faser (Maxwell, 2005)



Figur 7: Sikring af sammenhæng i den kvalitative undersøgelse med afsæt i Maxwell's interaktive model (2005)

9.3.1 Rekrutteringsstrategi til interviews

Formålet med specialet afspejler sig i rekrutteringsstrategien, hvor *cases* eller *informanter* er udvalgt ud fra deres potentiale til at besvare specialets problemformulering, hvorfor der anvendes en *formålsrettet* rekrutteringsstrategi (Kvale & Brinkmann, 2015). Informanter

udvælges derfor efter, om de ligger inde med relevant viden om barrierer og facilitatorer. Der afsøges inden for den formålsrettede strategi heterogenitet eller *maksimal variation* i informanternes kontekster (Kvale & Brinkmann, 2015), da den kvalitative undersøgelse ligeledes skal kvalificere en spørgeskemaundersøgelse. Det findes på baggrund heraf væsentligt, at informanterne udgør en heterogen gruppe, der er overførbare til sundhedsprofessionelle generelt, som arbejder med CD-patienter i biologisk behandling i Danmark. Variationen afsøges på parametre såsom profession (sygeplejerske eller læge), anciennitet (erfaring og uddannelseslængde), organisation/hospital og lokalitet. Indledningsvist anvendes også en *snowball*-tilgang til rekruttering med henblik på at lokalisere potentielle, relevante informanter (Kvale & Brinkmann, 2015), hvor informanter gør brug af deres kontakter og opfordrer nye informanter til at indgå i undersøgelsen. Af *tabel 4* nedenfor ses en oversigt over informanter, som er rekrutteret og indgår i den kvalitative undersøgelse.

Tabel 4: Oversigt over informanter, som indgår i den kvalitative undersøgelse

Profession	Køn	Alder	Hospital	Anciennitet (ansættelse)	Anciennitet (uddannelse)	Pseudonym
Individuelle interviews						
Overlæge	Mand	52 år	UH1**	11 år	35 år	A
Sygeplejerske	Kvinde	45 år	UH2**	7 måneder	22 år	B
Overlæge	Mand	56 år	UH3**	5 år?	28 år	C
Læge*	-	46 år	UH1**	1 år	19 år	D
Fokusgruppeinterviews						
Sygeplejersker *	Kvinder	- -	UH1**	-	-	E
Sygeplejersker *	Kvinder	38 år 26 år 53 år 42 år 59 år 31 år 34 år 56 år 37 år	UH1**	13 år 1,5 år 1 år 15 år 21 år 4 år 13 år 14 år 0 år	13 år 2 år 1 år 16 år 30 år 6 år 13 år 32 år 9 år	F
Sygeplejersker *	Kvinder	42 år 56 år 40 år 30 år 56 år 32 år	UH4**	11 år 26 år 11 år 6 år 4 år 6 år	18 år 31 år 16 år 6 år 33 år 7 år	G
Sygeplejersker *	Kvinder	64 år 49 år 36 år 31 år	RH1***	5 år 5 år 3 år 1 år	41 år 17 år 12 år 6 år	H
Sygeplejersker *	Kvinder	57 år 40 år 40 år 35 år 52 år 44 år	UH5**	29 år 12 år - 9 år 8 år 14 år	29 år 16 år 6 år 10 år 24 år 15 år	I

*Interviews udført af forskningspersoner i et parallelt-forløbende projekt

**Universitetshospital

*** Regionshospital

9.3.2 Dataindsamling

Med afsæt i problemformuleringen og den videnskabsteoretiske position anvendes en *oplevelsesorienteret tilgang* til dataindsamlingen, hvor det søges at *forstå* oplevelser (Kvale & Brinkmann, 2015). Relateret hertil omhandler det at forstå, hvilke barrierer og facilitatorer der er forbundet med understøttelse af kostinterventionen.

9.3.2.1 Kvalitative interviews med afsæt i en kritisk hermeneutisk tilgang

Kvalitative interviews er egnet til at "*indhente beskrivelser af den interviewedes livsverden med henblik på at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener*" (Brinkmann, 2012, s. 52). Med afsæt i den kritisk hermeneutiske tilgang er interviewene opbygget ud fra en semistruktureret tilgang, da det erkendes, at forskeren har en forforståelse, som med afsæt i hermeneutikken bør anvendes og bringes i spil (Juul & Bransholm Pedersen, 2012). Der vil derfor konkret spørges ind til specifikke aspekter i relation til den indledende programteori jf. afsnit 8, men tilgangen vil også være eksplorativ og åben over for informantens forståelseshorisont. Som beskrevet jf. afsnit 6 vil der gennem dataindsamlingen opnås en øget forståelse gennem horisontsammensmeltning, hvorfor interviewguiden muligvis vil udvikle sig gennem en iterativ proces (DeJonckheere & Vaughn, 2019; DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006).

9.3.2.2 Indledende-, individuelle- og fokusgruppeinterviews

Der udføres både et indledende interview samt individuelle og fokusgruppeinterviews i forbindelse med dataindsamlingen. Det indledende interview udføres med én informant, som har indgående kendskab til kostinterventionen, for at klarlægge specialets fokus med afsæt i ph.d-projektet. Endvidere anvendes interviewet sammen med problemanalysen jf. afsnit 2 til at udvikle den indledende programteori jf. afsnit 8.

Foruden det indledende interview udføres tre individuelle interviews af dette speciales gruppemedlemmer samt fire fokusgruppeinterviews og to individuelle interviews udført af forskningspersoner i et parallelt-forløbende projekt med henblik på specificering og revidering af den indledende programteori. De individuelle interviews giver mulighed for at opnå en dybdegående viden (Kvale & Brinkmann, 2015) om *barrierer og facilitatorer* hos den enkelte sundhedsprofessionelle, hvorimod fokusgruppeinterviews kan give indblik i gruppedynamikken (Kvale & Brinkmann, 2015) og dermed *organisationskulturen*. Da begge dele er essentielle at undersøge og opnå et indblik i, som fremanalyseret jf. afsnit 2.6, inkluderes data fra begge dataindsamlingsmetoder i dette speciale.

9.3.2.3 Udarbejdelse af interviewguides

Der udvikles interviewguides specifikt målrettet de forskellige interviewformer jf. afsnit 9.3.2.2. Ydermere målrettes de til interviewets målgruppe i form af læger eller sygeplejersker samt til interviewets formål, altså hvorvidt interviewet udgør et indledende interview, eller om det er en del af dataindsamlingen. Interviewguiden til det indledende interview tager udgangspunkt i fastsættelsen af kostinterventionen, hvorimod interviewguides målrettet interviews, som inkluderes i dataindsamlingen, tager afsæt i besvarelse af den overordnede problemformulering ud fra den videnskabsteoretiske tilgang. Det afspejler sig derfor i interviewguidenes opbygning, hvor interviewguiden til det indledende interview er opbygget med afsæt i Krogstrups tilgang, herunder fastsættelse af interventionens målgruppe, ressourcer og organisering samt interventionens aktiviteter og mål Krogstrup (2016). Interviews, som indgår i dataindsamlingen, er derimod opbygget ud fra den indledende programteori jf. afsnit 8, som søges revideret gennem bl.a. interviewene. Begge interviewguides er ydermere opbygget ud fra den videnskabsteoretiske position, hvorfor hermeneutiske spørgeteknikker anvendes. I den sammenhæng anvendes åbne spørgsmål såsom "*Hvordan oplever du X?*" (Fuglsang & Bitsch Olsen, 2004) i relation til relevante aspekter af programteorien. Her må det pointeres, at samtalen styres af åbenhed over for den interviewedes forståelseshorisont, hvorfor specialegruppens forforståelse ikke gennemtvinges (Fuglsang & Bitsch Olsen, 2004). Der anvendes i den forbindelse ligeledes spørgeteknikker som opfølgende- og probing spørgsmål med henblik på at opnå uddybende svar samt at verificere forståelse og fortolkning (Merriam & Tisdell, 2015). Det første interview i forbindelse med dataindsamlingen fungerer også som et pilotinterview, hvor informanten derfor slutteligt spørges ind til specifikke formuleringer, mulige forbedringer og forståelse af spørgsmålene for at styrke validiteten af svarene og reliabiliteten af undersøgelsen. Alle interviewguides fremgår af *bilag F*.

9.3.2.4 Gennemførelse af interviews

Til dataindsamlingen gøres der brug af forskellige formater, herunder telefon- og videointerviews, med henblik på at imødekomme informanternes individuelle behov grundet travlhed i sundhedssektoren og lokaliteters betydning. Disse formater kan ses som en pragmatisk løsning, hvor Sturges & Hanrahan (2004) argumenterer for, at telefoninterviews kan anskues at være lettere end ansigt-til-ansigt interviews, idet travlhed og geografisk placering kan have indflydelse på, hvorvidt informanter ønsker at deltage. Dermed kan telefon- og videointerviews anses som fleksible ift. afholdelsen af interviews og informanternes forskelligartede arbejdstider (Howlett, 2021). Ydermere er videointerviews nemmere at

planlægge, og mange foretrækker at anvende en social platform som Zoom frem for ansigt-til-ansigt interviews (Archibald et al., 2019). Platformen Microsoft Teams anvendes i dette speciale, hvilket antages at være sammenligneligt med Zoom. Derudover giver videointerviews forskeren adgang til både verbal- og nonverbal kommunikation, hvilket kan resultere i en sammenlignelig oplevelse som ved ansigt-til-ansigt interviews (Howlett, 2021), hvormed skabelse af god kontakt mellem informant og interviewer kan ske, hvis intervieweren er aktivt lyttende og udviser forståelse for informantens svar under interviewet (Kvale & Brinkmann, 2009).

9.3.3 Transskribering og datahåndtering

De kvalitative interviews er lydoptaget ved hjælp af en båndoptager efter afgivet informeret samtykke fra informanterne, hvilket medfører, at intervieweren kan fokusere på interviewets emne og dynamik (Kvale & Brinkmann, 2009). På baggrund af lydoptagelserne transskriberes interviewene til skriftligt format, hvilket vil danne grundlag for den kvalitative analyse. Denne fremgangsmåde sikrer en systematisk proces, hvor alle gruppens medlemmer endvidere har mulighed for at høre eller læse interviewene igen.

Transskriptionerne foregår i NVivo, der er et data management program, hvori kvalitative data kan analyseres og transskriberes (Jackson, 2019). Med henblik på at sikre forståelse af de enkelte interviews, effektivisering af tidsforbrug og høj kvalitet af transskriberingen foretages hele transskriberingen af det samme gruppemedlem, hvorefter et øvrigt gruppemedlem hører lydoptagelsen igennem og læser det pågældende interview. Denne proces er tidskrævende, men den bidrager til at højne kvaliteten af transskriberingen og analysens reliabilitet (Kvale & Brinkmann, 2015). Eftersom alle gruppemedlemmer transskriberer enkelte interviews, udarbejdes der forinden en transskriptionsguide (bilag G), som indeholder retningslinjer og skriftlige instruktioner, der skal sikre, at den samme procedure anvendes i alle transskriberinger (Kvale & Brinkmann, 2009). Denne guide ekspliciterer valg, som tages internt i gruppen, hvilket ydermere kan mindske tekniske og fortolkningsmæssige udfordringer, der kan opstå ved bl.a. ufuldendte sætninger, betoning og opbrud i sætninger (Kvale & Brinkmann, 2015). Foruden en ensartethed og høj kvalitet kræver lydoptagelserne og transskriberingerne en forsvarlig håndtering og opbevaring, da de kan indeholde personidentificerbare data, hvorfor der henstilles til GDPR-reglerne (Aalborg Universitet, 2018). Iht. disse regler optages interviewene på en båndoptager, hvor de efterfølgende overføres til krypterede mapper på harddisken på relevante arbejdscomputere. Heri opbevares filer med transskriberinger

ligeledes. Efter transskribering slettes lydoptagelserne fra båndoptageren. Filer deles mellem gruppens medlemmer via 'Mimers brønd' eller fysisk krypterede lagringsmidler. Efter endt eksamen slettes materialet, hvilket de interviewede informeres om.

9.3.4 Ricoeurs fortolkningsteori - en kritisk hermeneutisk analysestrategi

Ricoeur's tre trin til en kritisk hermeneutisk analysetilgang anvendes, når datamaterialet skal analyseres. Første trin i denne tilgang involverer en *naiv læsning* af datamaterialet for at få en overordnet helhedsforståelse heraf. Her vil specialegruppens medlemmer derfor stille sig åbne og modtagelige over for datamaterialet ved ikke at lade egne forforståelser styre forståelsen heraf. Trods dette vil der også foretages foreløbige antagelser af analytisk karakter (Gildberg & Hounsgaard, 2018) i relation til at besvare problemformuleringen, hvormed en abduktiv tilgang tilstræbes.

Det næste trin involverer udarbejdelse af en *strukturanalyse* iht. at lokalisere centrale temaer og undertemaer i datamaterialet. Af denne klarlægges strukturen, herunder de indre afhængighedsforhold mellem meningsenheder, altså hvad der konkret siges, samt betydningsenheder, altså hvad der tales om (Gildberg & Hounsgaard, 2018). Dette gøres ved at fremanalysere og forklare, hvad der tales om med afsæt i konkrete citater, hvormed betydningsenheder udledes ud fra meningsenheder. Ud fra disse betydningsenheder udledes centrale temaer (Gildberg & Hounsgaard, 2018). Analysen bygges dermed op ud fra en tabel, som indeholder meningsenheder, betydningsenheder og temaer for at sikre transparens i analyseprocessen. Nedenstående *tabel 5* indeholder en visualisering heraf.

Tabel 5: Udpluk af strukturanalysen

Meningsenhed	Betydningsenhed	Tema
<i>Der tror jeg også, at man skal klæde sygeplejerskerne på for at give dem noget viden, fordi man kan sige, hvorfor tror man reelt på, at det er bedre med vegetabilsk kost? Hvad er det, der kan ske i ens mave-tarmsystem, som gør, at man faktisk kan få det bedre? Den viden, tror jeg, at sygeplejersker vil have gavn af for, at man også får lidt underliggende. Så får man også flyttet i deres hoveder, at det ikke kun er moderne, men at der faktisk er lidt viden omkring det. Det tror jeg kan hjælpe*</i>	Viden om IFK, herunder argumenterne for, hvorfor og hvordan det kan være til gavn for CD-patienter, vurderer denne sundhedsprofessionelle som væsentligt at kende til, for at sygeplejersker kan understøtte kostintervention.	Viden om IFK som facilitator for understøttelse af kostinterventionen

* Af hensyn til gældende GDPR-lovgivning (Aalborg Universitet, 2018) vises et udpluk af strukturanalysen og ikke den fulde datamatrice

Slutteligt foretages en *kritisk fortolkning* med udgangspunkt i de fremanalyserede temaer, hvor der veksles mellem forklaring og forståelse samt det konkrete og det almene. Heri inddrages relevante teorier og undersøgelser for at forklare og forstå de centrale temaer yderligere samt for at skabe belæg for fundne menings- og betydningssammenhænge med henblik på at sikre gyldigheden af disse. På den måde vil fortolkningen brede sig fra et konkret til et alment niveau (Gildberg & Hounsgaard, 2018).

Ud fra analysen søges der en *analytisk generalisering* gennem righoldige beskrivelser samt analyse af ligheder og forskelle i forskellige kontekster understøttet af teori og undersøgelser (Kvale & Brinkmann, 2015). Det søges med henblik på at udvikle en generel strategi til at imødekomme barrierer og facilitatorer blandt læger og sygeplejersker. Den sidste fase i analyseprocessen skal understøtte *holdbarheden* heraf gennem en tæt kobling af teori og empiri, men også ved at sammenligne resultater med tidligere empiriske resultater. Dette skal ydermere understøtte *overførbareheden* gennem en analyse af, i hvilken grad dimensioner og sammenhænge kan overføres til lignende cases (Antoft, 2013).

9.3.5 Ethiske overvejelser

Eftersom dette speciale involverer mennesker i form af sundhedsprofessionelle, tages der udgangspunkt i bl.a. Helsinki-deklarationen, som angiver de nødvendige etiske hensyn og den gode etiske standard i sådan forskning (World Medical Association, 2018). Deklarationen beskriver nogle overordnede principper for forskningspraksis, som har til formål at sikre forsøgspersonernes rettigheder og sikkerhed. Én af disse udgør et krav om frivilligt afgivet samtykke på et informeret grundlag, hvilket giver forsøgspersonen selvbestemmelse og stiller krav til forskeren om at give indgående informationer om undersøgelsens formål, fremgangsmåde, datahåndtering, herunder forskerens ret til at offentliggøre undersøgelsen, samt om forsøgspersonens mulighed for til enhver tid til at trække sig fra undersøgelsen (World Medical Association, 2018). Forinden afviklingen af interviewene modtager informanterne derfor skriftlig information på deres e-mailadresse om specialet og vilkårene for deltagelse i form af de områder, som er nævnt ovenfor. Ligeledes tilsendes de en skriftlig samtykkeerklæring, som de kan læse igennem og skrive under på, eller de kan afgive et mundtligt samtykke forinden interviewets begyndelse. For at sikre at relevante informationer er givet og forstået, gengives de mundtligt inden interviewets startes. Deklarationen foreskriver ydermere, at forsøgspersoners fortrolige oplysninger og privatliv skal beskyttes (World Medical Association, 2018), hvilket er i overensstemmelse med GDPR-reglerne (Aalborg Universitet, 2018) og *Databeskyttelsesloven* (Databeskyttelsesloven, 2018). For at leve op til

dette anvendes pseudonymisering i forbindelse med transskribering af interviewene, hvilket skal bidrage til at sikre, at informationer, som kan føre til, at informanter genkendes af andre, ikke er tilgængelige, hvormed fortroligheden af deltagelse i undersøgelsen øges (Kvale & Brinkmann, 2009). Foruden Helsinki-deklarationen vil specialet tage afsæt i *The European Code of Conduct for Research Integrity*, som har til formål at fremme integritet i forskning (Hosseini & Lewis, 2020). Denne indeholder nogle internationale retningslinjer og anbefalinger, som omhandler principperne pålidelighed, ærlighed, respekt og ansvarlighed i forskning (Hosseini & Lewis, 2020). Varetagelsen af informanter og deres interesser inddrages dermed gennem alle processer i forbindelse med interviewene.

9.4 Kvantitativ metode

Jf. afsnit 9.1 tager dette speciales kvantitative undersøgelse udgangspunkt i resultaterne fra de kvalitative interviews. På baggrund heraf udvikles og gennemføres en spørgeskemaundersøgelse, hvor de metodiske valg relateret til udvikling og opbygning samt dataindsamling og datahåndtering vil uddybes og begrundes i dette afsnit. Herunder indgår der en beskrivelse af og argumentation for medtagne variable og valg af statistiske analytiske metoder. Den kvantitative analyse gennemføres i STATA 16.1.

9.4.1 Konstruktion af spørgeskema

I forbindelse med den kvantitative undersøgelse udvikles og konstrueres et spørgeskema til at indsamle informationer på en standardiseret måde i SurveyXact, der er et spørgeskemaværktøj udviklet af virksomheden Rambøll (Rambøll, 2022). Ved brugen heraf muliggøres det at lave en skræddersyet spørgeskemaundersøgelse, som kan sendes hurtigt ud til relevante informanter. SurveyXact udgør endvidere et sikkert værktøj, som lever op til gældende GDPR-lovgivning i Danmark (Rambøll, 2022).

Ved udvikling af et spørgeskema genereres items, som kræver, at informanten svarer på en serie af spørgsmål, hvorefter deres svar konverteres til numeriske værdier, som analyseres statistisk (Rattray & Jones, 2007). Disse items skal i spørgeskemaet operationalisere centrale begreber i form af de barrierer og facilitatorer samt fokuspunkter, der er fundet af den kvalitative analyse, hvormed spørgsmålene konstrueres, så besvarelser heraf kan bidrage yderligere til besvarelse af specialets forskningsspørgsmål og problemformulering jf. afsnit 4. Spørgsmålene i spørgeskemaet består primært af lukkede spørgsmål for at muliggøre en

statistisk analyse af besvarelsenerne. Med afsæt i specialets videnskabsteoretiske position jf. afsnit 6 anvendes derimod også åbne svarkategorier ved enkelte spørgsmål, som tillader, at informanterne kan svare mere dybdegående. Disse implementeres i spørgeskemaet ved brug af svarmuligheden *andet*. De mulige svar, som kommer heraf, anvendes ikke i den statistiske analyse, men derimod anvendes de til at specificere og opnå konkret viden om, hvordan informanterne vil håndtere opståede symptomer ved patienter efter opstart af kostinterventionen, samt hvilke konkrete fokuspunkter de foreslår til bedre understøttelse af denne. Med afsæt i problemformuleringen jf. afsnit 4 er der fokus på oplevede barrierer og facilitatorer, hvorfor der anvendes en likert-skala i forbindelse med de lukkede spørgsmål, som indgår, idet den antager, at holdninger og meninger kan måles (Rattray & Jones, 2007). En likert-skala anvender *fixed choice formats*, hvormed informanterne stilles et spørgsmål ledsaget af en række svar, hvorfra hver informant bliver bedt om at angive, hvilket svar der passer bedst til dem ud fra de faste svarmuligheder (Rattray & Jones, 2007). I spørgeskemaet udgør svarkategorierne fem valgmuligheder: *i meget lav grad*, *i lav grad*, *i nogen grad*, *i høj grad* og *i meget høj grad*, hvormed skalaen er ordinal og måler informanternes grad af enighed i et givent udsagn. Likert-skalaen med disse svarkategorier er en valideret skala, som informanter oftest er bekendt med fra andre spørgeskemaundersøgelser. Hermed sikres det, at informanterne ikke påvirkes i en bestemt retning, samt at der skabes en meningsfuld afstand mellem svarkategorierne (Rattray & Jones, 2007). Der indgår yderligere en *ved ikke* svarmulighed for ikke at tvinge informanterne til at vælge et svar (McDowell, 2006). Med henblik på at engagere informanterne i spørgeskemaet præsenteres de demografiske spørgsmål til sidst (Rattray & Jones, 2007). Ligeledes indgår der et enkelt case-spørgsmål, som vil undersøge respondenternes handlinger i en bestemt situation (Rattray & Jones, 2007). Spørgeskemaet fremgår af *bilag H*.

9.4.1.1 Tidlig validering af spørgeskema

Eftersom der ikke eksisterer et i forvejen valideret spørgeskema, som undersøger dette speciales problemstilling, kræver det et betydeligt pilotarbejde i forbindelse med konstruktionen af spørgeskemaet jf. afsnit 9.4.1 for at forfine formuleringer og indhold iht. generering af items (Rattray & Jones, 2007). Spørgeskemaet valideres derfor gennem pilottests med objektive kilder (Launsø et al., 2017), herunder sundhedsprofessionelle i form af en fysioterapeut, en person med en bachelor i idræt samt to sygeplejersker. Pilottestene foretages d. 07/04-2022 og 08/04-2022, hvilket udgør den tidlige fase i udviklingen af spørgeskemaet. Hermed testes spørgeskemaet, inden det sendes ud til målgruppen. Spørgeskemaet gennemgår

herved en kvalitativ validering, som er med til at sikre meningsfuldhed, forståelighed, entydighed, neutralitet samt relevans relateret til spørgsmålenes formuleringer og betydninger (Launsø et al., 2017). Endvidere sikrer denne validering, at spørgsmålene er dækkende og præcise iht. undersøgelsens formål (Kristensen & Sigmund, 2007). Pilottestene medvirker dermed til at sikre, at items afspejler problemformuleringen og forbliver relevante, hvilket er med til at øge *overfladevaliditeten*⁷ af items (Rattray & Jones, 2007). Spørgeskemaet, som testes, sendes ud via e-mail, hvori en tekst med ønsker om fokuspunkter relateret til gennemgangen indgår. Disse inkluderer forståelighed af spørgsmålene, selve formuleringerne, brugen af hjælpe tekst, definitioner og kategorier, opbygning samt klarhed ift. formålet med spørgeskemaet. Endvidere omhandler et fokuspunkt tidsforbruget i forbindelse med besvarelse af spørgeskemaet. Spørgeskemaet sendes ud som PDF-format, så de pågældende testpersoner har mulighed for at rette og give kommentarer, så der opnås et klart indtryk af, hvorvidt items er klare og relevante for de forskellige spørgsmål (Rattray & Jones, 2007). Svarene fra testene planlægges modtaget samme dag, hvilket skal give mulighed for at revidere spørgeskemaet og rette det til, inden det sendes ud til målgruppen.

9.4.2 Rekruttering af informanter og dataindsamlingsstrategi

Målgruppen for spørgeskemaundersøgelsen inkluderer sundhedsprofessionelle i form af læger og sygeplejersker, som arbejder med CD-patienter i biologisk behandling på medicinske mave-tarm ambulatorier i Danmark jf. afsnit 4. Derudover inkluderer den diætister, som patientgruppen henvises til, da det på baggrund af de kvalitative interviews i afsnit 10.2 tyder på et ønske om et øget tværfagligt samarbejde og udnyttelse af kompetencer inden for kostvejledning. Diætisters perspektiv på dette vil derfor undersøges nærmere i spørgeskemaundersøgelsen, hvormed det jf. afsnit 9.1 kan medvirke til at teste og validere resultaterne fra den kvalitative undersøgelse. Ovenstående udgør samlet inklusionskriterierne for deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen. Informanter, som opfylder inklusionskriterierne, rekrutteres ved hjælp af informanter fra de kvalitative interviews samt relevante fagpersoner på de medicinske mave-tarm ambulatorier, da disse personer er behjælpelige med at distribuere spørgeskemaet. Hermed anvendes der ligeledes en *formålsrettet* rekrutteringsstrategi, da det kun er relevante faggrupper, som rekrutteres. Endvidere anvendes en *snowball* rekrutteringsstrategi, idet informanter rekrutteres via informanter (Kvale & Brinkmann, 2015),

⁷ Overfladevaliditet bruges især ved spørgeskemaundersøgelser og refererer til, hvordan spørgeskemaet ser ud og virker (Aadahl, 2003).

som har deltaget i den kvalitative undersøgelse. Foruden dette deles linket til spørgeskemaet af denne gruppes medlemmer på de sociale medier i form af Facebook og LinkedIn for at nå ud til flest muligt relevante personer, hvor inklusionskriterierne fremgår tydeligt både i den indledende tekst samt ved separate spørgsmål i spørgeskemaet, så andre sundhedsprofessionelle end de relevante for denne undersøgelse automatisk ryger ud af spørgeskemaet, hvis de falder uden for inklusionskriterierne. Spørgeskemaet deles offentligt samt sendes ud til kontaktpersonerne på deres respektive arbejdsmails d. 11/04-2022, hvorefter det vil være tilgængeligt for besvarelse ind til d. 02/05-2022. Inden deadline sendes der en opfølgende mail ud d. 25/04-2022 og igen d. 01/05-2022 for at sikre, at flest mulige besvarer det. E-mailen, som sendes ud, og opslaget, som deles, indeholder et link fra SurveyXact, hvoraf spørgeskemaet fremgår. Med henblik på at overholde etiske standarder, som er beskrevet jf. afsnit 9.3.5, vil e-mailen og opslaget indeholde informationer om undersøgelsens formål, fremgangsmåde og datahåndtering, herunder at informanten vil være anonym, og at givne oplysninger vil behandles fortroligt. Det oplyses også heri, at det vil tage 10-15 minutter at besvare spørgeskemaet, samt at det er frivilligt at deltage i undersøgelsen.

9.4.3 Datahåndtering

Data fra spørgeskemaet trækkes ud fra SurveyXact d. 03/05 2022 som en CSV-fil, hvilket gør, at data nemt kan flyttes fra et program til et andet (Microsoft, 2022). CSV-filen importeres efterfølgende til STATA 16.1, hvori datamanagement af variable og udførsel af analyser foretages på relevante arbejdscomputere. Eftersom spørgsmålene i spørgeskemaet står som tekstbaserede variable i CSV-filen, også kaldet strengvariable i STATA (Sønderskov & McTurk, 2015), omdøbes alle variable til sp1, sp2, sp3 osv. (bilag I) for at skabe en kronologisk rækkefølge og ensartethed i data, så de er i overensstemmelse med selve spørgeskemaet (bilag H). Svarkategorierne importeres ligeledes som strengvariable i CSV-filen, hvorfor disse også kategoriseres i overensstemmelse med spørgeskemaets svarkategorier (bilag I). Det gør sig også gældende for de demografiske spørgsmål, hvilket gør analyserne nemmere at foretage, da risikoen for indtastningsfejl ligeledes mindskes (Sønderskov & McTurk, 2015). Behandlingen af variable relateret til den statistiske analyse præsenteres nedenfor i afsnit 9.4.4.

9.4.4 Præsentation af variable

De variable fra spørgeskemaet, som inkluderes i den statistiske analyse, udvælges på baggrund af problemformuleringen, jf. afsnit 4. Af denne samt forskningsspørgsmål 1c fremgår det, at der vil undersøges flere associationer. Eksponerings- udfalds- og baggrundsvariable som medtages og undersøges, præsenteres nedenfor af *tabel 6*. En specifikation af udvalgte udfaldsvariable fremgår i *bilag I*.

9.4.4.1 Eksponeringsvariabel

I den statistiske analyse vil eksponeringen bestå af spørgsmålet, “*hvilken profession arbejder du indenfor?*”, som indgår i spørgeskemaet. Heraf vil informanterne vælge mellem svarmulighederne: *sygeplejerske*, *læge* eller *diætist* (bilag H). Variablen medtages som eksponeringsvariabel, idet den udgør målgruppen, hvormed variablen kan bidrage med viden i relation til udfaldsvariable, som beskrives nedenfor i afsnit 9.4.4.2, inden for de nævnte professioner. Det findes endvidere relevant, da eksisterende forskning finder, at der er forskel mellem personer med forskellige sundhedsfaglige baggrunde og deres viden samt holdninger relateret til kost (Holt et al., 2017), hvilket også understøttes af den kvalitative analyse jf. afsnit 10.2. Variablen kategoriseres som *sygeplejerske*=1, *læge*=2 og *diætist*=3, hvor sygeplejerske udgør referencegruppen. Det fremgår af *tabel 6*, hvori de resterende variable, som indgår i den statistiske analyse, ligeledes fremgår.

9.4.4.2 Udfaldsvariable

Den statistiske analyse inkluderer 19 udfaldsvariable, som omhandler spørgsmål relateret til barrierer og facilitatorer, herunder *viden om kost*, *erfaring og kompetencer inden for kost*, *baggrundsinformation og rammesætning af kostinterventionen*, *konkrete retningslinjer i kliniske situationer*, *evidens og kliniske retningslinjer*, *individuelle holdninger*, *tidsmæssige ressourcer*, *organisationskultur*, *tværfagligt samarbejde* og *reaktioner på patienternes oplevelser*. Svarkategorierne opstilles på en likert-skala og består af *i meget lav grad*, *i lav grad*, *i nogen grad*, *i høj grad* og *i meget høj grad* (bilag H), som dikotomiseres til *i lav grad*=0 og *i høj grad*=1 med henblik på at udføre logistiske regressionsanalyser, hvor referenceværdien sættes til 0. Svarkategorierne *i lav grad* og *i meget lav grad* kodes som “0”, mens svarkategorierne *i meget høj grad*, *i høj grad* og *i nogen grad* kodes som “1”. Denne dikotomisering vælges med afsæt i eksisterende litteratur, som har anvendt lignende dikotomisering af den neutrale kategori og fundet, at sådan en skala klarer sig godt

sammenlignet med den oprindelige likert-skala (Jae Jeong, 2016). Dikotomiseringen af de 19 spørgsmål fremgår af *tabel 6*. Der indgår endvidere en *ved ikke* kategori, hvor svar relateret hertil behandles som missing værdier, hvorfor denne ikke indgår i dikotomiseringen.

Tabel 6: Oversigt over kategorisering af variable

Variabel	Datatype	Kategorisering	Navn i STATA
Sundhedsfaglig profession (Eksponering)	Kategorisk	Sygeplejerske=1 Læge=2 Diætist=3	Professionnykat
Barrierer og facilitatorer* (Udfald)	Binomial	Lav grad=0 Høj grad=1	SpXdi
Alder (Baggrundsvariabel)	Binomial	>46 år=1 <46 år=2	alderdi
Erfaring siden uddannelse - anciennitet (Baggrundsvariabel)	Binomial	>18=1 <18=2	erfaringudddi
Erfaring med CD-patienter - anciennitet (Baggrundsvariabel)	Binomial	>12=1 <12=2	erfaringCDdi

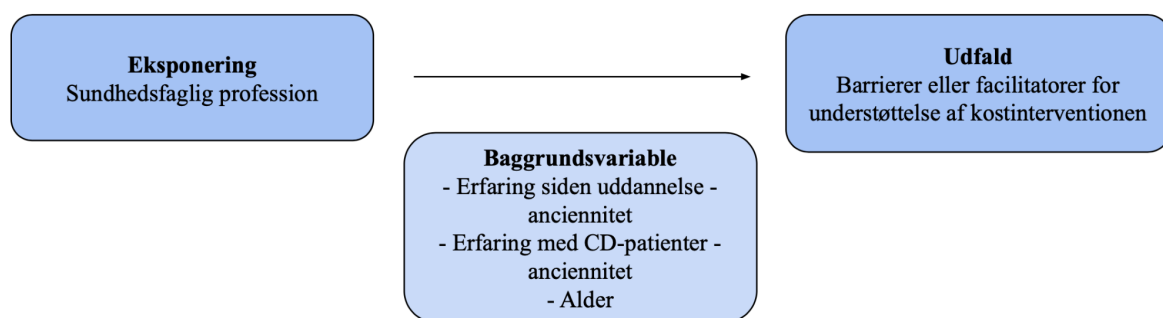
**Denne inkluderer 19 spørgsmål (1-20) i spørgeskemaet.*

9.4.4.3 Baggrundsvariable - effektmodifikation og confounding

I den statistiske analyse medtages tre baggrundsvariable, *alder*, *erfaring siden uddannelse* og *erfaring med CD-patienter*, som ses i *tabel 6* i afsnit 9.4.4.2. Disse undersøges som mulige effektmodifikatorer og confoundere. Ved effektmodifikation forstås der, at en tredje faktor påvirker effekten af eksponeringen, hvormed denne faktor modificerer associationen mellem eksponering og udfald (Juul et al., 2017). Derimod er der ved confounding tale om en forveksling af årsager, hvilket betyder, at der ikke bliver taget hensyn til en tredje faktor, som både er associeret med eksponering og udfald (Juul et al., 2017). I tilfælde heraf kan det risikeres, at eksponeringen tilskrives effekten, selvom det er en tredje faktor, som forårsager denne. I modsætning til mulige effektmodifikatorer, der kan undersøges og tages højde for, så skal mulige confoundere betragtes som fejlkilder og justeres for i den statistiske analyse (Juul et al., 2017).

Alder undersøges som mulig effektmodifikator og confounder, da eksisterende litteratur har fundet, at alder kan have indflydelse på anvendelsen af alternativ behandling, idet ældre sundhedsprofessionelle i mindre grad anvender det i praksis (Kolstad et al., 2004). Heraf udgør sundhedsprofessionelle en heterogen gruppe i relation til anvendelse af alternative

behandlinger, såsom kostinterventioner, baseret på deres alder, hvorfor denne variabel vurderes relevant at medtage i analysen. Studiet af Kardakis et al., (2014) fandt, at sundhedsprofessionelle med længere erhvervserfaring rapporterer mere arbejde med patienters livsstil end sundhedsprofessionelle med kortere erfaring, hvorfor *erfaring siden uddannelse* også vurderes relevant at undersøge som en mulig effektmodifikator og confounder i den statistiske analyse. I relation til erfaring fandt studiet af Holt et al. (2017), at flere gastroenterologer (44%) end diætister (17%) mener, at ernæring har indflydelse på patogenesen ($p=0,003$). Ydermere angav gastroenterologerne, at de bruger betydeligt mere arbejdstid på patienterne, end diætisterne angav, at de bruger (Holt et al., 2017). Eftersom betydningen af kost kan hænge sammen med den arbejdstid, der bruges med patienterne, undersøges *erfaring med CD-patienter* ligeledes for effektmodifikation og confounding. De baggrundsvariable, som medtages, fremgår af figur 8, hvor de udfaldsvariable og den eksponeringsvariabel, som medtages, ligeledes fremgår.



Figur 8: Oversigt over eksponerings-, udfalds- og baggrundsvariable.

9.4.5 Valg af statistisk analysestrategi

Til at præsentere og analysere data anvendes og udføres en deskriptiv analyse. Endvidere udføres der logistiske regressionsanalyser til at analysere associationer mellem eksponering og udfald. Med udgangspunkt i projektets problemformulering og forskningsspørgsmål 1c jf. afsnit 4 opstilles der nogle null-hypoteser (H_0) og dertilhørende alternative hypoteser, som modsat af null-hypoteserne beskriver, at der er en association mellem eksponering og udfald. De konkrete H_0 -hypoteser, som opstilles på baggrund af spørgeskemaets spørgsmål, indeholder hver to specificerede H_0 -hypoteser, H_{01a} og H_{01b} , som alle undersøges. Det gøres, idet eksponeringen i de logistiske regressionsanalyser opdeles i tre grupper efter *profession*, hvormed der fås to p-værdier, som skal fortolkes, ud fra hver H_0 -hypotese. I dette speciale undersøges nedenstående 19 H_0 -hypoteser og dermed 38 specificerede hypoteser, H_{01a} og H_{01b} . Nedenfor fremgår der eksempler på specificerede H_0 -hypoteser ud fra H_{01} . De resterende

specificerede H_0 -hypoteser (H_{02a} - H_{020a} og H_{02b} - H_{020b}) stemmer overens hermed bortset fra, at udfaldet skal ændres, så det stemmer overens med de respektive H_0 -hypoteser, se *tabel 7*.

Tabel 7: Oversigt over null-hypoteserne

Hypoteser	
H_{01}	<i>Der er ingen association mellem at være sygeplejerske, læge eller diætist og at have den nødvendige viden om IFK</i>
- H_{01a}	<i>Der er ingen association mellem at være sygeplejerske eller læge og at have den nødvendige viden om IFK</i>
- H_{01b}	<i>Der er ingen association mellem at være sygeplejerske eller diætist og at have den nødvendige viden om IFK</i>
H_{02}	<i>Der er ingen association mellem at være sygeplejerske, læge eller diætist og holdning til, om vidensgrundlag har betydning for understøttelse af kostomlægning til IFK</i>
H_{03}	<i>Der er ingen association mellem at være sygeplejerske, læge eller diætist og erfaring med plantebaseret kost</i>
H_{04}	<i>Der er ingen association mellem at være sygeplejerske, læge eller diætist og holdning til, om personlig erfaring med plantebaseret kost har betydning for mulig støtte og vejledning af patienter heri</i>
H_{05}	<i>Der er ingen association mellem at være sygeplejerske, læge eller diætist og holdning til, om personlig holdning til IFK har indflydelse på rådgivning af en patient</i>
H_{06}	<i>Der er ingen association mellem at være sygeplejerske, læge eller diætist og holdning til, om personlige kostvaner har indflydelse på understøttelse af kostomlægning til IFK</i>
H_{07}	<i>Der er ingen association mellem at være sygeplejerske, læge eller diætist og holdning til, om der er tilstrækkelig evidens om effekten af IFK til CD-patienter</i>
H_{08}	<i>Der er ingen association mellem at være sygeplejerske, læge eller diætist og holdning til, om tilstrækkelig evidens om effekten af IFK til CD-patienter har betydning for understøttelse af kostinterventionen</i>
H_{09}	<i>Der er ingen association mellem at være sygeplejerske, læge eller diætist og holdning til, om patienternes holdninger og oplevelser med kostinterventionen kan have indflydelse på understøttelse heraf</i>
H_{010}	<i>Der er ingen association mellem at være sygeplejerske, læge eller diætist og holdning til, om tillid til patienternes efterlevelse af kostinterventionens har indflydelse på mulig støtte og vejledning af patienter i en kostomlægning</i>
H_{011}	<i>Der er ingen association mellem at være sygeplejerske, læge eller diætist og holdning til, om viden relateret til ens professionelle virke har betydning for understøttelse af kostinterventionen</i>
H_{012}	<i>Der er ingen association mellem at være sygeplejerske, læge eller diætist og holdning til, om der overordnet er en positiv holdning til inddragelse af IFK i behandlingen af CD-patienter</i>
H_{013}	<i>Der er ingen association mellem at være sygeplejerske, læge eller diætist og holdning til, om kollegers holdninger til IFK som komplementær behandling har indflydelse på egen holdning hertil</i>

<i>H₀₁₄</i>	<i>Der er ingen association mellem at være sygeplejerske, læge eller diætist og oplevelse af, at der er tidsmæssige ressourcer på afdelingen til understøttelse af CD-patienter i kostomlægning</i>
<i>H₀₁₅</i>	<i>Der er ingen association mellem at være sygeplejerske, læge eller diætist og holdning til, om tidsmæssige ressourcer har indflydelse på prioritering af støtte og vejledning til CD-patienter i kostomlægning</i>
<i>H₀₁₆</i>	<i>Der er ingen association mellem at være sygeplejerske, læge eller diætist og holdning til, om der er et tværfagligt samarbejde på afdelingen målrettet kost til CD-patienter</i>
<i>H₀₁₇</i>	<i>Der er ingen association mellem at være sygeplejerske, læge eller diætist og holdning til, om et øget tværfagligt samarbejde kan bidrage til bedre understøttelse af kostinterventionen</i>
<i>H₀₁₉</i>	<i>Der er ingen association mellem at være sygeplejerske, læge eller diætist og holdning til, om baggrundsinformationer har indflydelse på understøttelse af kostinterventionen</i>
<i>H₀₂₀</i>	<i>Der er ingen association mellem at være sygeplejerske, læge eller diætist og behov for konkrete retningslinjer for ageren med henblik på understøttelse af kostinterventionen</i>

Den deskriptive analyse har til formål at danne et overblik over den stikprøve, som indgår i spørgeskemaundersøgelsen. Herunder har den til formål at give et samlet overblik over, hvordan barrierer og facilitatorer fordeler sig på relevante baggrundsvariable jf. afsnit 9.4.4.3 samt de sundhedsprofessionelles profession. Det undersøges ved frekvenstabeller og 2x2 kontingenstabeller, hvor to variable sammenlignes ved at vise fordelingen af den ene variabel betinget af, at den anden variabel har bestemte værdier (Kirkwood et al., 2003). På baggrund af disse kan frekvensen og den procentvise fordeling ses ved hver svarkategori inden for de givne spørgsmål omhandlende barrierer og facilitatorer. Disse kontingenstabeller er ydermere med til at sikre korrekt rekodning mellem de regenererede variable (Sønderskov & McTurk, 2015). De kontinuerte variable, *alder*, *erfaring siden uddannelse* og *erfaring med CD-patienter*, undersøges for, om de er normalfordelte ved et histogram og en Shapiro-Wilk test. Hvor histogrammet visualiserer, om data er normalfordelt, så undersøges normalfordelingen ud fra et signifikansniveau på 5% ved en Shapiro-Wilk test (Hanusz et al., 2016). Hvis data ikke er statistisk signifikant ved denne test, vil der forekomme afvigelser fra parametrisk statistik, hvormed data afrapporteres ved median-værdier og dertilhørende konfidensintervaller (CI 95%) i stedet for ved gennemsnit og dertilhørende konfidensintervaller (CI 95%). Signifikansniveauet sættes til 0,05 for at undgå, at resultaterne skyldes tilfældigheder (Juul et al., 2017). Resultaterne af analysen fremstilles dermed ved enten antal/procent eller median (95% CI) og fremgår af *tabel 10* samt *tabel 11* i afsnit 10.3.

Yderligere laves der i relation til den deskriptive analyse en frafaldsanalyse for at få et klart billede af, hvem der stopper med at besvare spørgeskemaet undervejs, samt hvem der mangler at besvare enkelte af spørgsmålene med udgangspunkt i informanternes profession. Endvidere udføres analysen for at se, om der er et mønster heri med henblik på at vurdere, om værdierne er *missing completely at random (MCAR)* eller *missing not at random (MNAR)*. Analysen udføres ved at dikotomisere og derfor kode alle svarkategorierne, *i meget lav grad, i lav grad, i nogen grad, i høj grad, i meget høj grad* og *ved ikke*, som "1". Koden "1" betyder dermed, at informanten har besvaret det givne spørgsmål. Ydermere kodes manglende besvarelser (.) som "2", hvilket betyder, at informanten ikke har besvaret det givne spørgsmål. Med henblik på at se, om der er et mønster i, hvem der ikke har besvaret spørgsmålet relateret til informanternes profession, laves der 2x2 kontingenstabeller. Alle informanter, som svarer nej til det indledende spørgsmål, "*Arbejder du med Morbus Crohn patienter i biologisk behandling på et medicinsk mave-tarm ambulatorium, en medicinsk mave-tarm klinik eller et gastroenterologisk ambulatorium i Danmark?*" (bilag H), ekskluderes fra analysen sammen med informanter, som åbner spørgeskemaet, men som ikke besvarer dette. Dette gøres, da disse informanter ikke besvarer nogle af de indholdsmæssige- eller demografiske spørgsmål i spørgeskemaet, som anvendes i analyserne. Resultaterne af denne analyse fremgår af *figur 10* i afsnit 10.3.1.

Efter de deskriptive analyser udføres der Mantel-Haenszel analyser (MH-analyser), hvor data stratificeres (Kirkwood et al., 2003). Disse analyser anvendes til at identificere, om udvalgte baggrundsvariable, jf. afsnit 9.4.4.3, modificerer de givne associationer. Af analysen fremgår odds ratio (OR) for strata og p-værdier, hvor OR beskriver odds for, at et givet udfald vil finde sted givet en konkret eksponering sammenlignet med odds for, at dette udfald vil finde sted, hvis eksponeringen ikke er til stede (Kirkwood et al., 2003). P-værdien bruges til at vurdere homogenitet i variablene, hvor en signifikant p-værdi under 0,05 betyder, at de medtagne baggrundsvariable modificerer associationen mellem eksponering og udfald. Hermed identificeres de som effektmodifikatorer (Kirkwood et al., 2003), hvilket ydermere vil være et udtryk for, at der ikke er homogenitet i de stratificerede OR.

Herefter bruges logistiske regressionsanalyser til at analysere associationerne mellem eksponering og udfald. En forudsætning herfor er, at udfaldet skal være dikotomt (Kirkwood et al., 2003), hvorfor de forskellige udfaldsvariable, jf. afsnit 9.4.4.2, dikotomiseres. I analysen vælges svarkategorien *sygeplejerske* som referencegruppe, der kodes som "1" og som derfor formodes at have OR=1. Denne analyse laves ydermere for at identificere potentielle

confoundere blandt de udvalgte baggrundsvariable. I tilfælde af, at der identificeres effektmodifikatorer af MH-analyserne, tilføjes der et interaktionsled (#) ved disse i de logistiske regressionsanalyser (Kirkwood et al., 2003). Der udføres i alt 19 logistiske regressionsanalyser med afsæt i fem modeller (a-e). I disse regressionsanalyser håndteres eventuelle missing værdier ud fra *missing complete at random* (MCAR), hvormed besvarelser i *ved ikke* svarkategorien droppes, idet kategorien ikke kan dikotomiseres som enten i *lav* eller i *høj grad*. Den samlede statistiske analyse fremgår af *bilag J-K*, som består af en do-fil og log-fil, der er udarbejdet i og udtrukket fra STATA 16.1.

10.0 Analyse og resultater

I dette afsnit analyseres resultater fra litteraturstudiet, de kvalitative interviews og spørgeskemaundersøgelsen.

10.1 Analyse og resultater af litteraturstudiet

De fire studier, som er udvalgt og inkluderet på baggrund af den systematiske litteratursøgning jf. afsnit 9.2, præsenteres og analyseres i dette afsnit. Studierne præsenteres i *tabel 8*.

Tabel 8: Overblik over udvalgte videnskabelige studier fra den systematiske litteratursøgning.

Titel, forfatter og årstal	Formål	Design, metode og studiepopulation	Resultater	Konklusion
Knowledge, Attitudes and Behaviours Related to Physician-Delivered Dietary Advice for Patients with Hypertension (Dash et al., 2020)	Formålet er at opnå forståelse for barrierer og facilitatorer, der kan have indflydelse på, hvorvidt læger giver kostvejledning til patienter med hypertension. Forståelsen herfor skal give mulighed for at skabe strategier, værktøjer og interventioner til at understøtte forbedret implementering og patientresultater.	Tværsnitstudie fra Canada, som anvender deskriptiv data fra en spørgeskemaundersøgelse. Omhandler primær sektor. N = 103 praktiserende læger.	Størstedelen af lægerne (81,5%) anser kost som en vigtig del af behandlingen, men færre end halvdelen (38,8%) diskuterer det med deres patienter. En barriere herfor findes at være lægernes manglende viden, som kan være forbundet med lægernes opfattelse af manglende eller kontroversiel evidens. Af studiet findes det yderligere, at barrierer for at give kostråd bl.a. er: ikke nok tid til at snakke med patienter om kost (76,3%), at det er svært at følge med i så mange retningslinjer (50%), samt tro på at patienterne ikke er ærlige om deres kost (76,3%) eller følger deres kostråd (46,8%). Derimod findes elektroniske værktøjer (80,8 %), adgang til diætister (84,9 %) og mere ernæringsundervisning i medicinsk uddannelse (65,8 %) at kunne facilitere kostvejledningen.	Trods at de fleste læger finder kost vigtigt, så giver færre end halvdelen rutinemæssigt kostvejledning. Adskillige barrierer for at diskutere kost er identificeret, herunder mangel på viden, tid og tillid til patienternes vilje eller evne til at ændre deres kost samt antallet af retningslinjer, og hvor de mest opdaterede kan findes. I betragtning af kostens betydning og lægernes centrale rolle i at motivere til kostændringer blandt patienter er der behov for tilgange til at adressere identificerede barrierer og facilitatorer for at give kostråd for at reducere byrden af hypertension.
General practitioners' views on providing nutrition care to patients with chronic disease: a focus group study (Crowley et al., 2016)	Formålet er at undersøge praktiserende lægers (PL) holdning til ernæringspleje til kronisk syge patienter.	Kvalitativt studie, der anvender en deskriptiv, fortolkende metodologi. Omhandler primær sektor. Dataindsamlingsmetoden er semi-strukturerede interviews med i alt 48 praktiserende læger i Auckland, New Zealand.	PL er generelt positivt indstillede over for ernæringsvejledning. Barrierer blandt PL for ernæringsvejledning involverer begrænsede konsultationstider og begrænset kompetence inden for ernæringsvejledning. PL oplever ydermere et behov for mere information om ernæring for at kunne give individualiseret vejledning. Derimod findes det, at PL har varierende holdninger til, hvorvidt de ønsker at udvikle disse kompetencer i længerevarende kompetenceudviklingsforløb mv.	En diskrepans mellem positiv holdning til ernæringsvejledning og faktisk udførelse heraf ses blandt PL. Barrierer involverer manglende kompetencer og tid, men også varierende velvilje til kompetenceudvikling inden for faget. Der er derfor behov for strategier til at imødekomme disse barrierer blandt PL.

Titel, forfatter og årstal	Formål	Design, metode og studiepopulation	Resultater	Konklusion
Understanding the knowledge, attitudes and practices of providing and receiving nutrition care for prediabetics: an integrative review (<i>Somerville et al., 2019</i>)	Formålet er at fremme forståelsen for den nuværende praksis relateret til ernæring og prædiabetes med henblik på at identificere muligheder for at optimere interventioner, der kan reducere forekomsten af type 2-diabetes.	Integrerende review, hvor der på baggrund af en systematisk tilgang er inkluderet 26 studier; heraf 18 kvantitative, 7 kvalitative og 1 mixed method. Omhandler primær sektor. Studiernes størrelse fordelte sig mellem 10-43 deltagere i de kvalitative studier og 122-210.365 i de kvantitative studier. 10 af studierne undersøger patientperspektivet, mens 16 undersøger de sundhedsprofessionelles perspektiv.	Syntesen af de inkluderede studier resulterede i fem temaer; herunder at ernæringspleje foretrækkes frem for farmakologisk behandling, patienter rapporterer at tage handling for adfærdsændring; sundhedsprofessionelle oplever barrierer for at give ernæringspleje (tid, patienters evne til adfærdsændring og fastholdelse heraf samt patienters adgang til undervisning); og de har en tendens til ikke at henvise patienter til ernæringspleje; og der er modstridende resultater omkring levering og modtagelse af ernæringspleje mellem patienter og sundhedsprofessionelle. Resultaterne af syntesen tyder endvidere på, at de sundhedsprofessionelles praksis ikke er i overensstemmelse med gældende retningslinjer og anbefalinger.	Studiet konkluderer, at der er forekommer mangler i den ernæringspleje, som sundhedsprofessionelle i primær sektor yder til personer med prædiabetes. For at forbedre patientresultater og reducere byrden af type 2-diabetes skal ernæringsplejen leveres i overensstemmelse med gældende anbefalinger og med fokus på patienternes behov.
Clinicians' perceived barriers and enablers to the dietary management of adults with type 2 diabetes in primary care: systematic review (<i>Boocock et al., 2021</i>)	Formålet er at identificere sundhedsprofessionelles oplevede barrierer og facilitatorer relateret til håndtering af kost blandt voksne med type 2-diabetes	Systematisk review, hvor 14 studier er inkluderet. Heraf 10 med en kvalitativ tilgang og 4 med en kvantitativ tilgang. Omhandler primær sektor i England. Studiernes størrelse fordelte sig mellem 9-743 deltagere, som samlet set udgjorde 382 sygeplejersker, 2652 praktiserende læger samt 12 andre klinikere.	Studiet finder, at miljømæssig kontekst og ressourcer (37%), viden (16%), intentioner om ændring af kostvaner hos patienter (14%) og evne til at fastholde adfærdsændring hos patienterne (11%) er oplevede barrierer blandt sundhedsprofessionelle for håndtering af kost. Ydermere finder studiet, at tro på egne evner hos sundhedsprofessionelle (18%), herunder ernæringsmæssig træning og positiv feedback fra kolleger, er en facilitator. Foruden dette finder studiet en splittet identitet mellem sociale og professionelle roller blandt læger og sygeplejersker.	Hvis adfærdsændrende interventioner skal være succesfulde, skal der ske ændringer i praksis. Diætister pointeres bl.a. at være en underudnyttet ressource, som burde have en større rolle i patientuddannelsen samt i uddannelse og mentorskab af læger. Der bør dog være en opmærksomhed på lægers mulige negative holdninger hertil.

10.1.1 Syntese af udvalgte videnskabelige studier

Nedenstående syntese tager afsæt i de resultater, som ovenstående studier finder, hvor de mest relevante resultater for besvarelse af specialets forskningsspørgsmål og problemformulering fremhæves.

De fire udvalgte studier undersøger alle barrierer blandt sundhedsprofessionelle relateret til ernæringsvejledning, mens enkelte benævner mulige facilitatorer. Gennemgående for alle studierne findes ressourcer i form af tid at være en barriere for at kunne levere ernæringsvejledning til patienter (Boocock et al., 2021; Crowley et al., 2016; Dash et al., 2020; Somerville et al., 2019). De manglende ressourcer på afdelingerne bevirker dermed, at ernæringsvejledning ofte bliver nedprioriteret (Boocock et al., 2021; Somerville et al., 2019). Tre af studierne påpeger ydermere, at manglende viden på ernæringsområdet blandt sundhedsprofessionelle er en mulig barriere for at vejlede patienter i ernæring (Boocock et al., 2021; Crowley et al., 2016; Dash et al., 2020). Studiet af Dash et al., (2020) fandt, at dette kan skyldes opfattelsen af manglende eller kontroversiel evidens på området blandt læger. Manglende viden blandt sundhedsprofessionelle kan bl.a. føre til usikkerhed i behandlingen (Boocock et al., 2021), hvilket kan antages at påvirke kvaliteten af denne, som kan have konsekvenser for patienterne. Dette kan ydermere ligge til grund for, at sundhedsprofessionelle ikke i så høj grad vejleder i ernæring eller diskuterer ernæring med deres patienter, hvilket studiet af Dash et al., (2020) påpeger. Sundhedsprofessionelle har overordnet en positiv indstilling over for vigtigheden af ernæringsvejledning (Crowley et al., 2016; Dash et al., 2020; Somerville et al., 2019), men dette er ikke tilfældet for alle (Boocock et al., 2021), og det kommer ikke altid til udtryk gennem de sundhedsprofessionelles handlinger (Somerville et al., 2019; Dash et al., 2020; Crowley et al., 2016). Den manglende viden kan i relation hertil endvidere lægge til grund for, at sundhedsprofessionelle mangler kompetencer til at vejlede i ernæring, hvilket Crowley et al., (2016) pointerer som værende en mulig barriere. I sammenhæng hermed fandt Boocock et al., (2021), at troen på egne evner blandt sundhedsprofessionelle er en mulig facilitator for ernæringsvejledning, mens Dash et al., (2020) har fundet, at mere ernæringsundervisning i medicinsk uddannelse kan være en facilitator. Det kan dermed tyde på, at mere viden og flere kompetencer kan forstærke troen på egne evner og medvirke til, at flere sundhedsprofessionelle vejleder i ernæring.

Foruden ovenstående har de fire studier fundet, at manglende tillid til patienters adfærdsændring er en essentiel barriere for at vejlede i ernæring (Boocock et al., 2021; Crowley et al., 2016; Dash et al., 2020; Somerville et al., 2019). Patienternes tilgang til den givne ernæringsvejledning findes dermed også at kunne hæmme sundhedsprofessionelle i behandlingen af patienterne, hvorfor det ligeledes findes essentielt at fremme patienternes motivation for adfærdsændring.

Yderligere indeholder alle studierne forslag til, hvorledes barrierer og facilitatorer blandt sundhedsprofessionelle kan imødekommes, således at ernæringsvejledning opnår succes i praksis. Dash et al., (2020) har fundet, at diætister i højere grad bør inddrages i behandlingen, da adgangen hertil kan lette vejledningen, hvilket er i overensstemmelse med, at studiet af Boocock et al., (2021) konkluderer, at diætister er en underudnyttet ressource. I forlængelse heraf har Boocock et al., (2021) ydermere fundet, at læger og sygeplejersker ofte påtager sig opgaver, som de ikke er kvalificerede til. Disse resultater vidner om, at det tværfaglige samarbejde i praksis bør højnes, så de forskellige fagprofessioners kompetencer udnyttes bedst muligt. Samtidig foreslår flere af studierne, at der bør fokuseres på mere uddannelse i ernæring (Dash et al., 2020) og kompetenceudvikling (Crowley et al., 2016) blandt sundhedsprofessionelle, som skal sikre kvalitet i ernæringsvejledningen. Derudover påpeger studiet af Somerville et al., (2019), at ernæringsvejledning skal udføres i overensstemmelse med gældende retningslinjer, hvorfor det kan tyde på, at retningslinjer er essentielle.

10.1.2 Kritisk læsning og kvalitetsvurdering af udvalgte studier

Den kritiske læsning og kvalitetsvurderingen af studierne skal bidrage til at vurdere overførbareheden af resultaterne til dette speciales målgruppe og kontekst.

Den samlede kvalitetsvurdering af de fire studier vurderes overordnet som værende middel, hvilket tager afsæt i studiernes metodiske valg og gennemførelse. Dash et al., (2020) er et tværsnitsstudie, hvor dataindsamlingsmetoden i form af en spørgeskemaundersøgelse kan give anledning til informationsbias, herunder *recall bias*⁸. Disse former for bias kan resultere i en over- eller undervurdering af studiets resultater, hvormed forkerte konklusioner kan drages (Juul, 2017). I studiet anvendes et valideret spørgeskema, hvilket højner studiets interne validitet og reliabilitet (bilag L). Studiet klarlægger ikke variablene for eksponering og udfald,

⁸ Recall bias anses som tilbagekaldelsesforstyrrelser, hvor evnen til at huske tidligere eksponeringer kan være afhængig af eksponeringsstatus (Szklo & Nieto, 2019).

og samtidig anvender de kun deskriptiv statistik i form af antal og procenttal (bilag L). Det kan muligvis forklares ud fra formålet, som er at vurdere viden, holdninger og adfærd relateret til brugen af kostråd samt at udforske de barrierer og facilitatorer, som læger står over for, idet de giver kostråd til patienterne (Dash et al., 2020). Heraf tyder det på, at undersøgelsen er holdningsbaseret, hvilket stemmer overens med valget af metode, der styrker den interne validitet (bilag L). Selektionsbias er håndteret via opsatte in- og eksklusionskriterier, men der kan sættes spørgsmålstejn ved, hvorvidt stikprøven er repræsentativ for læger, da der ikke foretages en sensitivitetsanalyse i studiet (bilag L).

Endvidere indgår et kvalitativt studie af Crowley et al., (2016). I dette studie ses der udfordringer i reaktion til rekrutteringsstrategien, da deltagerne er selvvalgte, hvormed repræsentativiteten og overførbareheden af resultaterne kan være impliceret. Ydermere mangler mikro- og makroetiske overvejelser ift. deltagelse, herunder informeret samtykke, hvilket samlet påvirker transparensen i studiet. Foruden dette beskriver og diskuterer studiet ikke, hvorvidt og hvordan interviewerens forforståelse af forskningsspørgsmålet kan have påvirke resultaterne. Der fremgår dog metodisk stringens, da forskningsspørgsmålet og metodevalg stemmer overens. Ligeledes fremgår beskrivelse af analyseprocessen, argumenter for metodevalg og en diskussion om datamætning (bilag M).

Yderligere er to reviews, i form af et systematisk review af Somerville et al., (2019) og et integrerende review af Boocock et al., (2021), udvalgt. Begge studier indeholder en tydeligt beskrevet systematik ift. søgestrategi og valg af data (bilag N, bilag O). Ingen af studierne har taget stilling til eller vurderet eventuelle bias i relation til dataindsamlingen og analysen af resultaterne (bilag N, bilag O). Trods dette diskuterer studiet af Somerville et al., (2019) styrkerne ved resultaterne og metoden (bilag N), hvilket ikke ses i studiet af Boocock et al., (2021). I begge studier indgår der en god demonstration af metode og resultater, hvor temaer og tilhørende eksempler er angivet, hvilket ifølge Launsø et al. (2017) er med til at højne kvaliteten. Eksemplerne i studiet af Boocock et al., (2021) er ikke uddybet, hvilket påvirker forståeligheden for de forskellige temaer (bilag O). Studiet indeholder derudover ingen specifik oversigt over inkluderede studier, hvorfor det ikke kan vurderes, hvorvidt der er taget stilling til berettigelseskriterier. Det nævnes blot i teksten, at der er taget stilling hertil (bilag O).

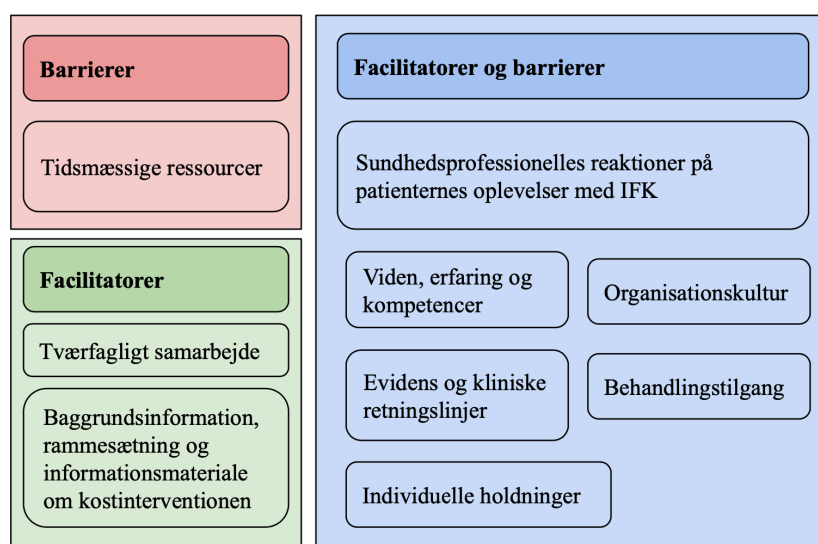
Ud over studiernes metodevalg og gennemførelse findes det essentielt at vurdere studiernes overførbarehed til dette speciales kontekst. Fælles for de fire studier er, at de undersøger kontekster i enten USA, England, Canada eller New Zealand, som alle har liberale velfærdssamfund, hvor der findes en blanding af dominerende velfærdsinstitutioner, begrænset

social forsikring samt selvskabsbaseret velfærdsservice (Vardinghus-Nielsen, 2018). Dette varierer fra det danske velfærdssamfund, hvor de dominerende velfærdsinstitutioner er universel social sikkerhed og velfærdsservice (Vardinghus-Nielsen, 2018). Fælles for de nævnte lande og Danmark er en vestlig kontekst og en høj grad af individualisering blandt borgerne (Vardinghus-Nielsen, 2018), hvilket kan have betydning for, hvorledes forebyggelses- og sundhedsfremmende interventioner samt barrierer og facilitatorer relateret til ernæringsvejledning opleves af sundhedsprofessionelle. Yderligere ses der kulturelle ligheder, som styrker overførbareheden til en dansk kontekst, hvilket omhandler overordnede demografiske og socioøkonomiske parametre (Elmeskov, 2019). Den eksterne validitet og overførbarehed i studierne vurderes dermed som værende middel, da der er nogle forbehold ift. at overføre studierne resultater direkte til målpopulationen, som er sundhedsprofessionelle i mave-tarm ambulatorier i Danmark.

Derudover omhandler dette speciale CD-patienter, hvilket er kategoriseret som en kronisk sygdom (Jin, 2014), hvorfor overførbareheden til studiet af Crowley et al., (2016) vurderes at være høj, da dette studie omhandler kronisk syge. Endvidere omhandler studiet af Somerville et al., (2019) kostvejledning til prædiabetespatienter, mens studiet af Boocock et al., (2021) omhandler kostvejledning til diabetespatienter, hvor ernæring ligesom ved CD har en essentiel rolle i henhold til holde sygdommen i ro (Boocock et al., 2021; Somerville et al., 2019). Ernærings betydning for udvikling og regulering af hypertension er ligeledes essentiel, hvilket det sidste studie af Dash et al., (2020) omhandler. Et generelt kritikpunkt af de udvalgte studier er dog, at ingen af dem omhandler CD- eller IBD-patienter, hvilket er årsag til, at resultaterne skal overføres med forbehold for variationer inden for sygdommene og ernærings betydning eller kendte betydning herfor. Målgruppen, i form af læger og sygeplejersker, udgør derimod hovedfokus i tre af studierne, Crowley et al., (2016), Dash et al., (2020) og Boocock et al., (2021), mens dele af studiet af Somerville et al., (2019) også omhandler patienternes perspektiv. De udvalgte studier er endvidere foretaget i primær sektor, hvilket vurderes at være overført til dette speciales kontekst. Dog er der forskelle i lægers rolle og specialiseringsgrad inden for primær og sekundær sektor (Vallgåda & Krasnik, 2010), hvorfor dette er et forbehold for overførbareheden. Slutteligt er studierne metodiske tilgange i overensstemmelse med dette speciale, herunder inklusion af litteratur review, spørgeskemaundersøgelse og kvalitative interviews.

10.2 Analyse og resultater af de kvalitative interviews

I dette afsnit vil resultater fra strukturanalysen præsenteres. Der er på baggrund heraf fundet tre kategorier, som involverer hhv. barrierer og facilitatorer for understøttelse af kostinterventionen samt temaer, der både kan agere barrierer og facilitatorer. Under barrierer findes temaet *tidsmæssige ressourcer*, mens facilitatorer involverer temaerne *tværfagligt samarbejde* samt *baggrundsinformationer, rammesætning og informationsmateriale om kostinterventionen*. Temaer, der både kan være barrierer og facilitatorer, involverer *viden, erfaring og kompetencer*, *organisationskultur*, *individuelle holdninger* samt *evidens og kliniske retningslinjer inden for IFK*. Ligeledes involverer det *behandlingstilgang* samt *sundhedsprofessionelles reaktioner på patienternes oplevelser med IFK*. Det visuelle kodetræ over strukturanalysen præsenteres nedenfor i figur 9.



Figur 9: Kodetræ over hovedresultater fra den kvalitative analyse.

10.2.1 Barrierer og facilitatorer

I dette afsnit analyseres de fundne temaer med afsæt i de gennemførte kvalitative interviews.

10.2.1.1 Viden, erfaring og kompetencer som barrierer eller facilitatorer

Det nævnes af flere sundhedsprofessionelle, at manglende viden og erfaring kan være en barriere for at vejlede i ernæring og dermed også potentielt en barriere for understøttelse af kostinterventionen. En læge udtrykker det således:

Det kan jo også være, altså nu er jeg jo ikke specielt erfaren inden for plantebaseret [kost], så selvfølgelig, jo mindre man selv ved om det, jo sværere er det at sidde overfor og skulle vejlede nogen i det. Det kan selvfølgelig også være en barriere (D)

Flere sundhedsprofessionelle, både læger og sygeplejersker, pointerer i den sammenhæng, at de mangler viden og kompetencer omhandlende IFK for bedre at kunne understøtte interventionen. Det er særligt sygeplejersker, der udtrykker et behov for samt ønske om et videns- og kompetenceløft forud for kostinterventionen med henblik på at føle sig bedst muligt klædt på til at støtte patienterne. En sygeplejerske understreger, at den teoretiske viden bag og argumenterne for, hvorfor kostinterventionen tænkes at virke, er væsentlige at tydeliggøre og dele med sygeplejerskerne, for at de kan understøtte interventionen. Hun udtrykker dette i følgende citat:

Der tror jeg også, at man skal klæde sygeplejerskerne på for at give dem noget viden, fordi man kan sige, hvorfor tror man reelt på, at det er bedre med vegetabilsk kost? Hvad er det, der kan ske i ens mave-tarmsystem, som gør, at man faktisk kan få det bedre? Den viden, tror jeg, at sygeplejersker vil have gavn af, for at man også får lidt underliggende. Så får man også flyttet i deres hoveder, at det ikke kun er moderne, men at der faktisk er lidt viden omkring det. Det tror jeg kan hjælpe (E)

Af citatet understreges det, hvordan en barriere som manglende viden kan imødekommes ved at klæde sygeplejersker på videnskabsmæssigt i relation til kostinterventionen. En sygeplejerske udtrykker derimod, at hun har viden om og personlig erfaring med plantebaseret kost, som hun vejleder CD-patienterne ud fra:

Det skal lige siges, at jeg også er vegetar, og jeg har også levet helt plantebaseret i en lang årrække, så jeg har også sådan lidt idéer til kost, som andre nok ikke så meget har, for det er jo tit det, der er svært. Det er, hvad de skal spise, ikke? (B)

På baggrund af dette citat ses det, at sygeplejersken oplever, at hendes personlige erfaringer og viden om plantebaseret kost kan give hende øget handlekompetence relateret til kostvejledning til CD-patienter. Derimod kan erfaringsbaseret vejledning have utilsigtede konsekvenser i form af modsatrettet vejledning inden for kost i relation til patientgruppen jf. afsnit 2.3. Dette understøttes af en anden sygeplejerskes udtalelse, som lyder:

De [råd] er jo givet ud fra vores erfaring med de patienter. Men den erfaring, som jeg har, er måske ikke den samme som X og X har. Så det bliver jo forskellige svar, alt efter hvem du spørger, fordi erfaringerne ikke er ens (G)

Ud fra citatet kan det påpeges, at der også blandt sygeplejersker, som har personlige erfaringer med plantebaseret kost, kan være behov for et kompetenceløft forud for kostinterventionen i relation til viden om virkningen heraf samt om det konkrete indhold i kosten. Hermed kan forskelligartet vejledning blandt sundhedsprofessionelle med forskellige erfaringer forebygges, hvormed forvirring blandt patienter ligeledes kan undgås. En anden sygeplejerske efterspørger også mere viden, så hun kan føle sig tryk i at vejlede patienter i forbindelse med kostinterventionen:

Det kræver også, at vi ved lidt, eller noget – en hel del alligevel på forhånd, hvis vi skal kunne være trygge i at vejlede til, at det er ok at have oppustethed, fordi det er sådan og sådan og sådan, at det spiller ind med de grøntsager. Ja, så det kræver lidt, at vi får noget information eller undervisning (G)

Af citatet fremgår et ønske om at få mere viden eller undervisning forud for kostinterventionen, så flere kompetencer kan tilegnes. Det ses derimod ikke blandt læger til trods for, at de også udtrykker, at de har manglende viden og erfaring inden for kostvejledning. De efterspørger snarere at udnytte de kompetencer, der allerede findes i praksis. I den sammenhæng udtaler en læge:

At jeg skulle sætte mig ind i noget, som er uden for mine kompetenceområder, og som alligevel kommer til at fylde så lidt i min hverdag. Der tror jeg, at det vil være bedre, at det er en, der er uddannet i det, og som har det som specialeområde (...) Det kunne også være nogle sygeplejersker, IBD-sygeplejersker (...) Det mindste behov er måske i virkeligheden en læge. Det er mere et spørgsmål om omsorg, og sygeplejersken kan være lidt mere diætist (C)

Lægen understreger i citatet, at ressourceudnyttelse er et væsentligt argument for, hvorfor et kompetenceløft ikke efterspørges blandt læger. Selvom læger ikke efterspørger dette, så ønsker de konkrete baggrundsinformationer relateret til kostinterventionen med henblik på at kunne understøtte den.

10.2.1.2 Baggrundsinformationer, rammesætning og informationsmateriale om kostinterventionen som facilitator

Både læger og sygeplejersker efterspørger konkrete baggrundsinformationer, rammesætning og informationsmateriale om kostinterventionen for at understøtte den bedst muligt.

Overordnet set efterspørges baggrundsinformationer i form af essentielle pointer vedrørende IFK. En læge uddyber følgende:

Jeg skal bare lige have lidt bedre styr på det teoretiske grundlag for, hvad der ligger på det antiinflammatoriske ud over de der fisk der. Jeg skal bare have nogle enkelte key-points til at sige, at det er et interessant projekt, vi interesserer os for kost, det er antiinflammatorisk, det her er en inflammatorisk sygdom, og vi synes, at det er værd at få målt på, fordi der er så mange, der spørger om de her kostændringer (A)

Af citatet fremgår det, at essentielle baggrundsinformationer for lægen bl.a. er det teoretiske grundlag samt konkrete pointer, som lægen kan give videre til patienterne omhandlende kostinterventionen. Ligeledes fremgår det også, at lægen er positivt indstillet over for interventionens evidensbidrag samt er lydhør over for patienternes efterspørgsel, hvilket uddybes jf. afsnit 10.2.1.3, 10.2.1.5 og 10.2.1.8. Ud over baggrundsinformationer efterspørges rammesætningen af interventionen blandt de sundhedsprofessionelle, herunder tidsrammen og de sundhedsprofessionelles rolle i interventionen. Her pointeres det som væsentligt for understøttelse af kostinterventionen, hvordan interventionen præsenteres, samt at der fremgår klare retningslinjer for, hvordan de sundhedsprofessionelle skal agere i konkrete situationer med patienterne. En sygeplejerske udtaler:

Det, vi vil have behov for, er, at der ligesom er lavet en eller anden form for timeline eller sådan et eller andet. Når der sker sådan og sådan, sender man så en afføringsprøve, og hvis den så er normal, overvejer man så, om de skal ud, eller hvad er det? For det kan jo også være, at der ikke bliver nogle [symptomer], men det er i hvert fald rart for os at vide, hvordan man skal gå videre, inden man sætter gang i en masse ting, for man kan hurtigt komme til at sætte gang i en masse ting, som egentligt ikke er nødvendige (F)

I citatet understreger sygeplejersken vigtigheden i en klar rolleafklaring og tilstrækkelig handlekompetence, når patienterne henvender sig med konkrete problemstillinger, som kan imødekommes gennem klare retningslinjer for handling i praksisnære situationer med patienterne. I relation til det praksisnære efterspørges der ligeledes en indledende præsentation af konkrete cases. En læge udtaler i den sammenhæng:

Det kunne måske være meget sjovt, hvis I havde nogle cases, hvor man kan sige, nu kommer der den patient her, som er startet på diæt eller på den her kostomlægning, og præsenterer, at vedkommende har fået luft eller hyppig afføring eller noget andet, hvordan man spørger ind til det (C)

Foruden relevante cases, så efterspørges også informationer vedr. ageren i patientrelaterede situationer. Her efterspørges blandt både læger og sygeplejersker pointer om interventionens forventede virkning, eksempler på spørgeteknikker og gængse spørgsmål og svar, som kan understøtte dem i deres vejledning. Derudover efterspørger sygeplejersker også eksempler på kostforslag, kostplaner samt visualisering af kosten og/eller smagsprøver herpå for at kunne danne sig et billede af interventionen samt støtte patienterne bedst muligt. En sygeplejerske uddyber aspekterne her:

Jeg tænker, at det ville være godt, at én af jer fortalte os noget om, hvad tanken er bag den kost, de får. Og hvad det er, den skal indeholde, og hvor meget og hvor lidt, eller se en kostplan og sådan. Ellers hvis man sagde: Har man nogle erstatningsting i stedet for noget, som de absolut ikke kan spise, så man med det samme kan slynge et svar ud, så man ikke sidder og trækker på det” (H)

Det fremgår af citatet, at konkrete og praksisnære informationer kan bidrage til at øge sygeplejerskers handlingskompetence. I den sammenhæng efterspørger en anden sygeplejerske en liste over gængse spørgsmål og svarmuligheder for at være klædt på til at støtte patienterne. En tredje sygeplejerske udtaler: *”Jeg vil bare gerne vide, hvad I så gerne vil have, at jeg svarer på et bestemt spørgsmål. Jeg vil bare gerne klædes på, så jeg svarer godt” (G)*. Endvidere vurderer sygeplejerskerne det væsentligt, at de har informationerne fysisk, men også at de har noget fysisk at kunne give videre til patienterne. En sygeplejerske beskriver: *”Noget jeg kunne udlevere til patienterne - eller retningslinjer og vejledninger. Det er også ret svært at plapre om en hel masse, man måske ikke husker” (H)*. Samlet set efterspørges der både en mundtlig præsentation af selve kostinterventionen på både et teoretisk og praksisnært niveau, men der efterspørges ligeledes fysisk informationsmateriale, der kan støtte de sundhedsprofessionelle i praksisnære situationer med patienterne.

10.2.1.3 Evidens og kliniske retningslinjer som barriere eller facilitator

Manglende evidens og kliniske retningslinjer ses at være en mulig barriere i forbindelse med kostvejledning til patienter og dermed for understøttelse af kostinterventionen jf. afsnit 2.6, da manglende kliniske retningslinjer, ligesom manglende viden jf. afsnit 10.2.1.2, kan resultere i erfaringsbaseret eller modsatrettet vejledning afhængigt af, hvilken sundhedsprofessionel, der udfører arbejdet. I den sammenhæng udtaler en sygeplejerske:

X: Ja, det, og så er vi jo på et sygehus, hvor man gerne vil have beviser for tingene

I: Og her mener du evidens?

X: Ja, før vi kan råde patienterne til noget som helst (E)

Heraf ses det, at begrænset evidens inden for effekten af plantebaseret kost i relation til CD-patienter kan opleves som en barriere for understøttelse af kostinterventionen. I relation hertil udtaler en læge, at *“der ikke er nogen dokumentation om kost eller noget som helst, og så lukker vi den der” (A)*. Den manglende evidens på området kan dermed være en barriere for understøttelse, da det kan mindske åbenheden over for at prøve noget nyt, som der ikke i forvejen foreligger meget videnskabelig litteratur på. Der kan på tværs af interviewene spores en skepsis over for interventionen blandt lægerne baseret på den manglende evidens. En læge udtaler:

Jamen altså helt grundlæggende, så skal vi jo være skeptiske. Der har været så mange ulykker i den bedste mening. Altså det er jo det, vi er opfostret med. Hvad man har givet af medicin og alt muligt, guld og kviksølv og alt muligt for at hjælpe folk, og så har man set bagefter, at det har slået dem ihjel i stedet for. Så derfor skal vi være kritiske. Det ligger i vores DNA.” (C)

Af citatet ses det, at den skepsis, som relaterer sig til behandlingsformer, der endnu ikke er videnskabeligt undersøgt, kan være et udtryk for gængs lægepraksis og udtrykke et ønske om at undgå utilsigtede konsekvenser. Selvom denne skepsis tager udgangspunkt i et ønske om at sikre patientens helbred ved den bedste behandling, så kan det endvidere også betyde, at der ikke skabes ny evidens, og at patienten kan modtage manglende eller modsatrettet vejledning fra sygeplejersker og læger. I et citat udtaler en sygeplejerske: *“patienterne vil faktisk gerne, men det er svært, når lægerne siger, at det er ligemeget, hvad de spiser. Altså hvis der var noget evidens på, at det virkede, så ville det være rigtig godt, ikke?” (B)*. Af citatet fremgår det, at evidens synes vigtigt for lægernes understøttelse af kostinterventionen. Af nedenstående citat fremgår det derimod også, at der er et potentiale for kostinterventionen som evidensskabende, hvilket kan være en facilitator for understøttelse. Her udtaler en læge: *“Vi er jo dog så professionelle, at vi vil gerne støtte op om et projekt, netop så der kommer noget videnskab på området, som jo er vigtigt. Så jeg tænker, at vores egne holdninger, vil vi holde for os selv” (D)*. Muligheden for at skabe evidens på området understreges dermed af citatet at være en mulig facilitator, som ydermere overstiger de sundhedsprofessionelles egne holdninger hertil. Det faciliterende element ses også ved, at evidens på området vil give de

sundhedsprofessionelle mulighed for at støtte og vejlede CD-patienterne ud fra evidensbaseret viden. I denne sammenhæng udtaler en sygeplejerske:

Jeg tror, det ville fremme projektet, at projektet er der, for det vil være nemmere sådan fremadrettet at kunne sige til patienterne: "Nå, men der er rent faktisk noget, vi kan gøre med kosten." Når de spørger nu, så er det sådan noget: "Jamen, der må du selv prøve dig frem med, hvordan det er for dig, ikke." Det kunne være rart, at der lå noget (H)

Heraf fremgår det ligeledes, at skabelse af evidens på området er en facilitator for understøttelse af kostinterventionen og kan være det for fremtidige lignende interventioner. Det kan dermed tyde på, at evidens både kan være en barriere og facilitator med afsæt i de sundhedsprofessionelles udtalelser.

10.2.1.4 Organisationskultur som barriere eller facilitator

Kulturen og de overordnede holdninger inden for en faggruppe ses at kunne have betydning for understøttelse af kostinterventionen jf. afsnit 10.2.1.3. Den eksisterende skepsis blandt læger kan ud over den manglende evidens også bunde i tidligere erfaringer med kostinterventioner, hvilket ses, idet en læge udtaler: *"Det er mit indtryk, at der er måske lidt skeptisk i lægegruppen i forhold til, om det nu også virker. Der har været så mange diæter fremme før, som jo ikke rigtigt har vist sig at virke alligevel"* (D). Trods at både sygeplejersker og læger udtaler, at lægers holdninger til kost er mere skeptiske end sygeplejerskers, så beskrives det ligeledes i flere interviews, at der på det seneste er sket en udvikling i lægernes holdninger, mens der også fortsat kan være sygeplejersker "af den gamle skole", som er mere skeptiske over for kostinterventioner end andre sygeplejersker. Hermed kan skepsis relateret til kostomlægning findes blandt begge faggrupper. En sygeplejerske udtaler derimod: *"Jeg tror, vi er mere forandringsvillige end lægerne"* (G). Heraf indikeres det, at det kan være sværere at få lægerne til at understøtte forandringer i praksis, trods at der findes en skepsis blandt begge faggrupper. Denne forandringsvillighed, som sygeplejersken beskriver, kan dermed være en facilitator for understøttelse af kostinterventionen, idet den kan medføre forandring i nuværende praksis blandt sygeplejersker. Det kan udledes heraf, at der er en mulighed for et øget fokus på forandringstiltag til sygeplejersker med hensyn til at imødekomme barrierer og facilitatorer. Ud over sygeplejerskernes forandringsvillighed som facilitator udtaler flere læger, at sygeplejerskernes engagement kan være en stærk facilitator og drivkraft i projekter. En læge udtaler:

Hvis de [sygeplejerskerne] synes, det er et godt projekt, det har de vist i andre sammenhænge, så er de enormt gode til at samarbejde om det og bidrage til projektet. Det kommer mere an på, hvordan det bliver præsenteret, og hvordan holdningen er i gruppen. Jeg har ikke set nogle projekter bliver frosset ud deroppe, jeg har kun set et meget stort og omfattende projekt blive implementeret deroppe og kørt i kraft af sygeplejerskernes engagement (A)

Ud fra dette citat kan det tyde på, at det er væsentligt at sikre sygeplejerskernes engagement i forbindelse med implementering af kostinterventionen, hvilket kan agere facilitator for understøttelse heraf. Kommunikationen omkring og præsentationen af kostinterventionen er dermed af afgørende betydning for en succesfuld implementering.

10.2.1.5 Individuelle holdninger til kost som barriere eller facilitator

Selvom der forekommer en kultur og samlet holdning relateret til IFK blandt hhv. sygeplejersker og læger på nogle punkter, så kan der ligeledes forekomme individuelle holdningsmæssige aspekter, der kan fremgå som barriere. Overordnet ses der en nysgerrighed og åbenhed over for kostinterventionen blandt de deltagende sundhedsprofessionelle, men til trods herfor fremtræder der indimellem også klare personlige holdninger. En fremtrædende skepsis over for kost som behandlingsmetode samt problematisering af kostvejledning i både den alternative sektor samt den professionelle sektor fremgår af følgende udtalelse fra en læge:

Vejledning af det [kost] kan jeg jo ikke give. Hvis de går ud og finder en på det sorte marked til at vejlede dem, så er det ren hokus pokus eller en uddannet diætist, det er stadig noget, der er helt udokumenteret, noget som nogle enkelte tror på (A)

På baggrund af ovenstående citat kan det tyde på, at lægens personlige holdning til ernæringsvejledning i kombination med de antydede manglende kompetencer herindenfor kan fremgå som en mulig barriere for understøttelse af kostinterventionen. I den sammenhæng udtrykker en sygeplejerske, at hendes personlige holdning til plantebaseret kost kan være en mulig barriere. Hun udtaler følgende:

Jeg vil altid forsøge at være neutral, men fordi jeg faktisk ikke selv er tilhænger af at leve på den måde [plantbaseret], og det ikke er det, jeg anbefaler til vores patienter, så vil jeg også synes, at det er svært (F)

Heraf ses det, at sygeplejerskens personlige holdning er præget af hendes egen livsstil og kostvaner, som gør, at hun finder det svært at vejlede og støtte patienter i at leve efter en livsstil, som ikke er i overensstemmelse med hendes egen. Det underbygges i et citat fra en anden sygeplejerske, der udtaler:

Nu ved jeg godt, at det ikke handler om os, det handler om patienterne, men det der med vores indstilling til det. Jeg kan bare høre hele vejen rundt [blandt de andre sygeplejersker], at man har en barriere i forhold til, at man ikke helt selv synes, at det er sådan, man har lyst til at leve (F)

I denne sammenhæng uddyber en anden sygeplejerske, at personlige holdninger kan være en barriere, fordi de signaler, der sendes af sundhedsprofessionelle, kan have betydning for patienternes valg og ageren. Disse holdninger kan være påvirket af bl.a. smagen af kosten, som er plantebaseret, idet en sygeplejerske udtaler: *"Jeg vil nok have svært ved at motivere folk til at spise plantebaseret, tænker jeg, fordi det er ikke, fordi jeg ikke spiser grønt, men jeg synes at meget af det, der bryder jeg mig simpelthen ikke om smagen"* (H). Derimod findes der også individuelle og personlige holdninger blandt de sundhedsprofessionelle, som kan være faciliterende for understøttelse af kostinterventionen. Det drejer sig særligt om sundhedsprofessionelle, som har en personlig interesse og er nysgerrige over for kostens betydning. Det kommer til udtryk i denne sygeplejerskes udtalelse:

Jeg er sådan en, der godt kan lide at spørge ind til det med kost. "Hvad spiser du, og hvad tror du, at du ikke kan tåle?" Er der nogle ting, der gør det værre? Altså så kost er inde i mine konsultationer. Der er der kost-snak og rygestop, og rører du dig lidt mere, og gør du hvad SST anbefaler (B)

På baggrund af ovenstående udtalelser kan det dermed tyde på, at det er væsentligt at tage højde for de sundhedsprofessionelles individuelle holdninger relateret til plantebaseret kost, eftersom deres holdninger både kan være fremmende og hæmmende for understøttelse af interventionen.

10.2.1.6 Tidsmæssige ressourcer som barriere

Tid opleves blandt hovedparten af de sundhedsprofessionelle som en barriere for understøttelse af kostinterventionen. En sygeplejerske udtaler, at der er begrænset tid på afdelingen grundet flere patienter og behandlinger årligt, mens antallet af personale fortsat er det samme. Som resultat heraf må personalet derfor naturligt løbe hurtigere (G). En sygeplejerske udtaler således:

Det er jo igen den tid, hvor patienten er her, som er så kort, og hvor vi skal nå så meget. Så er der måske ikke så meget tid til at svare på mange spørgsmål (...) Nej, man prioriterer den sparsomme tid, vi har, og så bliver det skåret helt ind til benet: Hvad er det mest nødvendige, at vi får informeret om og får brugt tiden på (F)

Sygeplejersken understreger dermed, at understøttelse af kostinterventionen gennem besvarelse af eventuelle spørgsmål, som patienten må have, bliver en prioriteringssag, idet det

tager tid fra andre emner og opgaver. Heraf kan det udledes, at viden om grundlaget og argumenterne for kostinterventionen bliver væsentlige for de sundhedsprofessionelles understøttelse af kostinterventionen, da det kan bidrage til, at de prioriterer at bruge deres tid herpå. En læge udtaler derimod, at den tidsmæssige barriere også kan imødegås ved at afsætte mere tid til konsultationerne:

Altså jeg tænker jo mere, at hvis min rolle i det bliver, at jeg skal vejlede dem en masse i kost - så tænker jeg det med, hvis jeg ser en patient i et ambulatorium, hvor kort tid der er sat af til det med alt det, som man ellers skal nå. Jamen så er der ikke meget tid til at snakke kost. Så skal man jo afsætte mere tid, hvis jeg bruger meget tid på det (D)

Ud fra citatet og ovenstående fremgår det, at tid til at støtte patienterne i kostomlægningen er essentielt, da patienterne kun er i ambulatorierne i kort tid ad gangen. Foruden at tage højde for tid i relation til understøttelse under konsultationerne, så udtaler en sygeplejerske, at der også er begrænset tid til at sætte sig ind i de projekter, som er på afdelingen, idet fokus er på den daglige drift. Dette er i overensstemmelse med andre sygeplejerskers udtalelser. Sygeplejersken udtaler:

Der kører jo rigtig mange ting ernæringsmæssigt i samfundet, som vi ikke har den fornødne tid til at tage os af og sætte os ind i, fordi der er så meget drift og så meget andet behandling, så det synes jeg også skal tænkes ind over. Altså hvor meget tid der er. Og det er ikke af uvilje. Bestemt ikke (F)

Af dette citat understreges det, at tidsaspektet må tænkes ind som et fokuspunkt i strategien, så det ikke bliver for tidskrævende for de sundhedsprofessionelle eller tager for meget tid fra patienterne.

10.2.1.7 Tværfagligt samarbejde som facilitator

Det understreges af flere sundhedsprofessionelle, at der ikke forekommer et tværfagligt samarbejde i relation til kostvejledning af CD-patienter. En læge udtaler, at: *“Det er meget lidt, at vi bruger diætist i den sammenhæng, og samarbejdet med sygeplejersker dér er ikke eksisterende” (A)*. En anden læge beskriver, at vedkommende henviser CD-patienter til en diætist, hvis de har øget inflammation og aktivitet i sygdommen, samt hvis de taber sig eller mangler essentielle næringsstoffer som jern og D-vitamin. Samme læge efterlyser derimod også den viden, som en diætist besidder, mens en sygeplejerske ligeledes anser et øget tværfagligt samarbejde på tværs af specialer som essentielt grundet kombinationen af

forskellige tilgange. Af de foretagne interviews er der dermed noget, som tyder på, at et øget tværfagligt samarbejde kan styrke understøttelse af kostinterventionen.

10.2.1.8 Sundhedsprofessionelles reaktioner på patienternes oplevelser med efterlevelse af kostinterventionen som barriere eller facilitator

Patienternes oplevelser med kostinterventionen, gode som dårlige, kan henholdsvis være facilitatorer eller barrierer for sundhedsprofessionelles understøttelse af kostinterventionen, da patienternes helbred ses at have stor betydning for de sundhedsprofessionelle. Vigtigheden af patienternes gode oplevelser med kostinterventionen understreges både af læger og sygeplejersker, hvor en læge udtaler: *“Det, der er vigtigt for mig, det er, at patienterne har en oplevelse af, at det kan hjælpe dem, og det er jo også en værdi i sig selv”* (C). Den gode patientoplevelse pointeres dermed at være essentiel for understøttelse af interventionen, hvorfor deling af patienternes gode oplevelser kan være en facilitator. I den sammenhæng udtaler en sygeplejerske:

Hvis man kan få lavet starten positiv, så vil du også få en større chance for, at personalet også har en chance for at have en positiv tilgang til det: “Ej, hende der, hun fik det godt. Der var en, der syntes, at det var simpelthen godt” (E)

Af citatet fremgår gode oplevelser blandt patienterne at kunne fungere som facilitator for understøttelse af kostinterventionen, men derimod findes potentielt dårlige oplevelser at have den modsatte effekt, hvormed de kan agere barriere for understøttelse. En sygeplejerske udtaler følgende:

Men jeg tror da også, at hvis man får nogen i projektet, og de så kommer ind, og der nu er nogen, der er begejstrede, så kunne det godt smitte. Og hvis der er nogen, der kommer og siger, at det er det rene røv og nøgler, og jeg har ikke haft andet end ondt i maven. Det er ikke noget godt salgsargument (E)

De sundhedsprofessionelle understreger dermed vigtigheden af patienternes oplevelser med kostinterventionen i relation til deres understøttelse heraf. I den forbindelse efterspørger en sygeplejerske løbende opfølgning på, hvordan det går patienterne:

Altså, så skal man være i jævnlig kontakt med dem, tænker jeg, og også informere om, hvordan projektet forløber, og hvordan det går (...) Ikke bare sådan, nå nu går der så lige pludselig 4 uger, og så har vi ikke hørt, hvordan det gik (H)

Det kan heraf tyde på, at løbende opfølgning og deling af patienternes gode oplevelser kan være en facilitator. Dette vil muligvis også kunne imødegå nogle af de fordomme om

patienternes efterlevelse af kostinterventionen, som udtrykkes blandt nogle sundhedsprofessionelle. En læge udtaler blandt andet:

Jeg tænker, at det må kræve ret sådan omfattende information af de patienter, der skal deltage for at sikre, at de også 100% følger den kostplan, som de får. Jeg tænker, at det er godt nok svært i så lang tid at skulle leve udelukkende og meget anderledes, end man plejer. Altså jeg tænker, at der vil jo nok være nogen, der snyder lidt (D).

Af citatet fremgår en manglende tillid til patienternes efterlevelse af kostinterventionen, hvormed det kan være en barriere for understøttelse heraf. Deling af patienternes gode oplevelser som resultat af efterlevelse af kostinterventionen kan derfor potentielt imødegå ovenstående barriere, da det vil modbevise ovenstående fordom.

10.2.1.9 Behandlingstilgang som barriere og facilitator

Vigtigheden af patienternes oplevelser med kostinterventionen ses ydermere at have betydning for, hvilken behandlingstilgang de sundhedsprofessionelle har. Det kan bl.a. være nærliggende at anbefale patienterne at eliminere årsagen til opståede symptomer, herunder at stoppe med kostinterventionen, som et led i behandlingen for at lindre patientens smerter. En sygeplejerske udtaler følgende:

I stedet for at man skal i gang med at iværksætte en hel masse med ekstra prøver osv., så tænker jeg, at det kunne være nærliggende at sige til patienterne, at hvis de nu fik det dårligt, at så måtte de udgå af projektet (F)

Denne symptombehandlende tilgang vil derfor kunne være en barriere for understøttelse af kostinterventionen trods, at den tager udgangspunkt i et ønske om at lindre patientens smerter. Foruden ønsket om smertelindring fremgår der tilmed et pragmatisk argument af citatet, der omhandler ressourcebesparelse. Et kortsigtet hensyn til patientens helbred og et ressourcehensyn ses heraf at være en mulig barriere for understøttelse af kostinterventionen, da det kan resultere i, at den sundhedsprofessionelle anbefaler, at patienten udgår af projektet.

Størstedelen af de sundhedsprofessionelle ytrer dog ikke denne behandlingstilgang som deres primære tilgang i forbindelse med patienternes muligt opståede symptomer som følge af kostinterventionen. Her involverer hyppigt nævnte tilgange bl.a. at spørge ind til, hvad patienten har spist inden for den seneste uge samt at rådgive i, at det kan være en naturlig følge af kostændringer. En læge anvender bl.a. sin viden om tarmene og giver følgende udtalelse ift. behandlingstilgang:

Selvfølgelig påvirker det bakterier i tarmen og kan gøre, at de producerer mere gas i en periode, men at det formentlig vil forsvinde igen, når kroppen har justeret sig til de nye kostændringer. Det, tror jeg, var det, jeg ville sige. Det er ikke noget, vi skal være bekymrede over (D)

Ud over rådgivning så nævnes foretagelse af blodprøver, afføringsprøver og vejning hyppigt som tilgange med henblik på at fastslå, om symptomerne skyldes kostændringer eller reel opblussen i sygdommen. Her udtaler en sygeplejerske:

Så får de jo taget blodprøver og forskellige afføringsprøver og sådan noget for at finde ud af, om det overhovedet har noget med deres tarmsygdom at gøre. Så kunne man jo så i projektets øjemed spørge ind til, hvad de havde spist i løbet af den sidste uge eller derfra, hvor symptomerne starter (H)

Af citatet kan det udledes, at symptomer både kan være forbundet med kostomlægning eller reel opblussen i patienternes CD, samt at sygeplejersken gennem behandlingstilgang i form af rådgivning og prøvetagning ønsker at fastslå, hvad den udløsende årsag til symptomerne er. Det findes derfor relevant, at fokuspunkter til understøttelse af kostinterventionen skal imødekomme fastsættelsen af den konkrete årsag hertil. Flere sundhedsprofessionelle udtaler i den sammenhæng, at det kan være aktuelt med en kontaktperson eller specialist, som de kan kontakte, hvis de bliver i tvivl om noget relateret til behandlingstilgang. En sygeplejerske udtaler i den forbindelse:

Det er i virkeligheden kunsten for os at vide, hvad det er for nogle samarbejdspartnere, vi har, fordi det er sådan lidt den funktion, jeg også ser, at vi har. Det er at vide, hvor vi kan trække trådene henne, og så der er nogen, der kan uddybe (G)

Der findes dermed forskellige behandlingstilgange blandt sundhedsprofessionelle, hvoraf størstedelen kan understøtte kostinterventionen, mens andre tilgange kan fremstå som barrierer herfor.

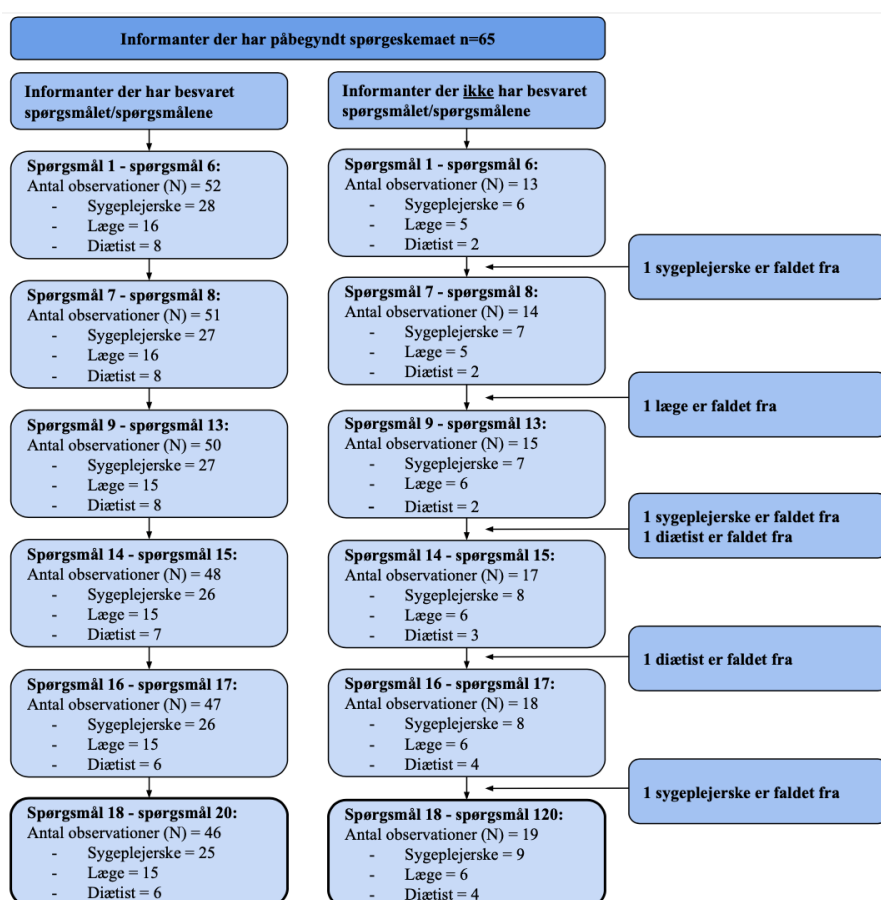
10.3 Analyse og resultater af spørgeskemaundersøgelsen

I dette afsnit præsenteres og analyseres resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen jf. afsnit 9.4.

10.3.1 Studiepopulationen

Af den statistiske analyse baseret på spørgeskemaundersøgelsen er der dannet en deskriptiv tabeloversigt, som fremgår af *tabel 9*, hvor stikprøven præsenteres. Her ses det, at størstedelen af stikprøven består af sygeplejersker (52,3%), derefter læger (32,3%) og så diætister (15,4%),

hvor det samlede antal informanter udgør 65. Af frafaldsanalysen jf. *figur 10* fremgår det, at det kun er 52 informanter ud af de 65, der har besvaret spørgsmål relateret til analysen. Disse involverer sundhedsprofessionelle, der blot har åbnet linket uden at besvare nogle spørgsmål eller har svaret nej til at være inden for målgruppen for spørgeskemaet (N=13). *Figur 10* illustrerer antallet, der er faldet fra ved spørgsmål relateret til analysen og dermed ikke har besvaret alle givne spørgsmål (N=6), hvor det ses, at frafaldet løbende stiger. Samlet er tre sygeplejersker, en læge og to diætister faldet fra ved de respektive spørgsmål på forskellige tidspunkter. Det tyder ud fra *figur 10* ikke på, at det er et specifikt spørgsmål, som har været årsagen hertil. Endvidere tyder det ikke på, at der er et mønster i frafald ud fra profession, da fordelingen af dem, der er faldet fra, ligner fordelingen af dem, som ikke er. Missing værdier behandles derfor som *missing completely at random* (MCAR), da der ikke fremgår et underliggende mønster i hvem, som falder fra, samt hvilke spørgsmål informanterne ikke besvarer (Buuren, 2018). Hermed anvendes metoden *available-case*, hvor det kun er specifikke missing værdier, som fjernes, hvilket betyder, at data, som kan analyseres, indgår i analyserne (Firia et al., 2014).



Figur 10: flowchart over frafaldet af informanter, fordelt på profession og spørgsmål.

Trods frafald i stikprøven er der fortsat 46 informanter, som har besvaret alle spørgeskemaets spørgsmål jf. *figur 10*. Andelen af kvinder (75,6%) ses at være højere end andelen af mænd (24,4%), der deltager, jf. *tabel 9*. Det kan formodentlig skyldes, at der er flere kvindelige end mandlige medarbejdere i de medicinske ambulatorier, hvilket kan understøttes af, at der uddannes væsentligt flere kvindelige sygeplejersker (Siegumfeldt, 2021), som ydermere udgør den profession, der er ansat flest af på hospitalsafdelingerne efterfulgt af lægerne (Nielsen, 2021). Informanterne ses at have en medianalder på ≈ 46 år, mens deres medianerfaring siden uddannelse er ≈ 18 år. Det vidner om, at informanterne i stikprøven er erfarne inden for deres erhverv, hvilket også tydeliggøres, idet deres medianerfaring med CD-patienter er ≈ 12 år. Heraf kan det antages, at informanterne i stikprøven har omfattende viden om patientgruppen og arbejdsgangen i relation hertil.

Tabel 9: Deskriptiv oversigt over studiepopulationen

Variabel	N (%) eller median (95% CI)
Profession Sygeplejerske Læge Diætist	34 (52,3) 21 (32,3) 10 (15,4)
Køn Kvinde Mand	34 (75,6) 11 (24,4)
Region Hovedstaden Midtjylland Nordjylland Sjælland Syddanmark	9 (20) 12 (26,7) 10 (22,2) 7 (15,6) 7 (15,6)
Alder Median (95% CI) 25 percentil 75 percentil >46 år <46 år	46 (41,4-42,7) 39,5 (31,3-42,7) 59 (51,3-62) 42 (76,8) 23 (23,2)
Års erfaring siden endt uddannelse Median (95% CI) 25 percentil 75 percentil >18 år <18 år	18 (12,4;24,6) 8,5 (6;12,7) 31,5 (22,6;38,9) 42 (76,8) 23 (23,3)
Års erfaring med CD-patienter Median (95% CI) 25 percentil 75 percentil >12 <12	12 (9;17,6) 7,5 (3,3;9,7) 21 (16,3;23) 42 (76,8) 23 (23,2)

Udover *tabel 9* præsenteres stikprøven i en deskriptiv tabeloversigt, som fremgår nedenfor af *tabel 10*. Den indeholder et udpluk af, hvordan informanternes holdninger til de respektive spørgsmål om barrierer og facilitatorer fordeler sig på relevante baggrundsvariable. Den fulde oversigt fremgår af *bilag P*. I relation til *sp 2* angiver 92% af informanterne, at deres vidensgrundlag i *nogen grad* til i *meget høj grad* har betydning for, om de kan understøtte patienterne i kostomlægning. Denne procentsats og de efterfølgende procentsatser, som inkluderes, er beregnet ud fra de givne spørgsmål og baggrundsvariablen *profession*, som ses i *tabel 10* og *bilag P* ud for *total*. Det ses endvidere af besvarelserne ved *sp 1*, at der er meget få informanter, som angiver i *meget høj grad* at have den nødvendige viden, hvilket kun udgør

diætister. Flertallet af informanterne angiver i *nogen grad* at have dette. Trods en medianerfaring på ≈ 12 år med CD-patienter angiver flere informanter med meget erfaring (over 12 år), at de i *meget lav* eller *lav grad* har den nødvendige viden. Det kan heraf tyde på, at sundhedsprofessionelle generelt har behov for mere viden om IFK til CD-patienter for at kunne understøtte kostinterventionen, hvilket særligt kan antages at være gældende for sygeplejersker og læger, da ingen læger angiver i *høj* eller *meget høj grad* at have den nødvendige viden, mens ingen sygeplejersker angiver det i *meget høj grad*. På trods af den manglende viden angiver 69% ved *sp 6*, at deres personlige kostvaner i *meget lav* eller *lav grad* har indflydelse på, om de kan understøtte patienterne i kostomlægning. Det er kun en læge og en sygeplejerske, som angiver, at det i *høj grad* har indflydelse herpå. Ydermere svarer 81,3% i *meget lav*, *lav* eller *nogen grad* til, at deres personlige erfaringer med plantebaseret kost har indflydelse på, om de kan understøtte kostinterventionen jf. *sp 4*. Det tyder på, at det er de erfarne sygeplejersker, som mener, at deres personlige erfaringer med plantebaseret kost har indflydelse herpå. Det fremgår dermed af *bilag P*, at de sundhedsprofessionelle ikke vurderer egne erfaringer og præferencer som værende væsentlige trods manglende viden at støtte sig til. Den manglende viden stemmer ligeledes overens med, at 67% af informanterne angiver, at der i *meget lav* eller *lav grad* er tilstrækkelig evidens på området jf. *sp 7*.

Derimod fremgår det af *bilag P*, at 68% jf. *sp 10* i *nogen* eller *høj grad* mener, at tillid til at patienter kan efterleve en kostomlægning har betydning for deres understøttelse af kostinterventionen, mens 76% jf. *sp 9* i *nogen* eller *høj grad* mener, at patienternes oplevelser i relation til kostomlægningen har betydning herfor. Det kan antages, at de sundhedsprofessionelle angiver, at patienternes reaktioner har betydning herfor, fordi de bl.a. ikke har den nødvendige viden inden for området. Dette understøttes af informanternes besvarelser af *sp 19* og *sp 20*, som indikerer, at de sundhedsprofessionelle i *høj grad* har behov for generelle baggrundsinformationer om kostinterventionen samt konkrete retningslinjer eller guidelines for, hvordan de skal agere i situationer med CD-patienter for at understøtte kostinterventionen. Foruden viden kan konkrete værktøjer og retningslinjer i praksis dermed være en facilitator for understøttelse af kostinterventionen, hvilket ydermere kan bidrage til en ensartet understøttelse. Dette er yderligere væsentligt, da hhv. 37% af sygeplejersker, 53,3% af læger og 50% af diætister i *nogen grad* mener, at deres kollegers holdninger til IFK påvirker deres egne holdninger jf. *sp 13*. 54% angiver ydermere i *nogen*, *høj* eller *meget høj grad* jf. *sp 5*, at deres personlige holdning til IFK kan have indflydelse på, hvordan de rådgiver patienten heri.

Det ses derudover, jf. *sp 14*, at 62,5% angiver, at der er en *lav* eller *meget lav grad* af tidsmæssige ressourcer til at understøtte kostomlægningen på afdelingen. Endvidere mener 85%, jf. *sp 17*, at et øget tværfagligt samarbejde kan sikre en bedre understøttelse af kostinterventionen, mens enkelte fra Region Hovedstaden og Region Midtjylland mener det modsatte. Heraf kan det tyde på, at en måde at imødekomme de knappe ressourcer på afdelingerne kan være at udnytte de kompetencer, som er på tværs af fagprofessioner. De sundhedsprofessionelle, som angiver, at det tværfaglige samarbejde ikke er af essentiel betydning, udgør kvindelige sygeplejersker med over 12 års medianerfaring siden uddannelse, der endvidere er over 46 medianår. Det ses også at være den gruppe, som angiver at have et stort behov for konkrete retningslinjer og guidelines til understøttelse af kostinterventionen.

Tabel 10: Udpluk af kontingenstabeller for, hvordan informanternes svar, på spørgsmål relateret til barrierer og facilitatorer, fordeler sig på udvalgte baggrundsvariable

	Region					Profession				Køn		Alder		Anciennitet (udd)		Anciennitet (CD)
	Hovedstaden N (%)	Midtjylland N (%)	Nordjylland N (%)	Sjælland N (%)	Syddanmark N (%)	Sygeplejerske N (%)	Læge N (%)	Diætist N (%)	Total N %	Kvinde N (%)	Mand N (%)	>46 år N (%)	<46 år N (%)	Meget erfaring (>18 år) N (%)	Lidt erfaring (<18 år) N (%)	Meget erfaring (>12 år) N (%)
Sp 1*																
Meget lav	3 (33,3)	4 (33,3)	2 (20)	2 (28,6)	-	7 (25)	4 (25)	-	11 (21,2)	8 (23,5)	3 (27,3)	4 (13,8)	7 (30,4)	4 (13,8)	7 (30,4)	6 (20,7)
Lav	2 (22,2)	1 (8,3)	3 (30)	-	2 (28,6)	4 (14,3)	5 (31,3)	1 (12,5)	10 (19,2)	5 (14,7)	3 (27,3)	7 (24,1)	3 (13)	6 (20,7)	4 (17,4)	9 (31)
Nogen grad	3 (33,3)	4 (33,3)	5 (50)	2 (28,6)	5 (71,4)	12 (42,9)	7 (43,8)	2 (25)	21 (40,4)	14 (41,2)	5 (44,5)	10 (34,5)	11 (47,8)	12 (41,4)	9 (39,1)	9 (31)
Høj	1 (11,1)	3 (25)	-	2 (28,6)	-	5 (17,9)	-	3 (37,5)	8 (15,4)	6 (17,7)	-	6 (20,7)	2 (8,7)	6 (20,7)	2 (8,7)	4 (13,8)
Meget høj	-	-	-	1 (14,3)	-	-	-	2 (25)	2 (3,9)	1 (2,9)	-	2 (6,9)	-	1 (3,5)	1 (4,5)	1 (3,5)
Ved ikke	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sp 2**																
Meget lav	1 (11,1)	-	-	-	-	1 (3,6)	-	-	1 (1,9)	-	1 (9,1)	-	1 (4,4)	-	1 (4,4)	1 (3,5)
Lav	2 (22,2)	-	-	-	-	2 (7,1)	-	-	2 (3,9)	2 (5,9)	-	1 (3,5)	1 (4,4)	1 (3,5)	1 (4,4)	-
Nogen grad	1 (11,1)	5 (41,7)	1 (10)	4 (57,1)	1 (14,3)	8 (28,6)	3 (18,8)	3 (37,5)	14 (26,9)	10 (29,4)	2 (18,1)	6 (20,7)	8 (34,8)	7 (24,1)	7 (30,4)	7 (24,1)
Høj	1 (11,1)	4 (33,3)	6 (60)	3 (42,9)	5 (71,3)	13 (46,4)	7 (43,8)	2 (25)	22 (42,3)	14 (41,1)	5 (45,5)	16 (55,2)	6 (26,1)	14 (48,3)	8 (34,8)	12 (41,4)
Meget høj	3 (33,3)	3 (25)	3 (30)	-	1 (14,3)	4 (14,3)	5 (31,3)	3 (37,5)	12 (23,1)	7 (20,6)	3 (27,3)	6 (20,7)	6 (26,1)	7 (24,1)	5 (21,7)	8 (27,6)
Ved ikke	1 (11,1)	-	-	-	-	-	1 (6,3)	-	1 (1,9)	1 (2,9)	-	-	1 (4,4)	-	1 (4,4)	1 (4,5)
Sp 6***																
Meget lav	5 (55,6)	3 (25)	3 (30)	4 (57,1)	2 (28,6)	9 (32,1)	5 (31,3)	5 (62,5)	19 (36,5)	14 (41,2)	3 (27,3)	8 (27,6)	11 (47,8)	9 (31)	10 (43,5)	9 (31)
Lav	1 (11,1)	5 (41,7)	2 (20)	1 (14,3)	5 (71,4)	8 (28,6)	6 (37,5)	3 (37,5)	17 (32,7)	10 (29,4)	4 (36,4)	11 (37,9)	6 (26,1)	9 (31)	8 (34,8)	11 (37,9)
Nogen grad	3 (33,3)	2 (8,3)	4 (40)	1 (14,3)	-	8 (28,6)	4 (25)	-	12 (23,1)	7 (20,6)	3 (27,3)	6 (20,7)	6 (26,1)	7 (24,1)	5 (21,7)	7 (24,1)
Høj	-	1 (8,3)	1 (10)	-	-	1 (3,6)	1 (6,3)	-	2 (3,9)	1 (2,9)	1 (9,1)	2 (6,9)	-	2 (6,9)	-	1 (3,5)
Meget høj	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ved ikke	-	1 (8,3)	-	1 (14,3)	-	2 (7,1)	-	-	2 (3,9)	2 (5,9)	-	2 (6,9)	-	2 (6,9)	-	1 (3,5)
Sp 20****																
Meget lav	1 (11,1)	-	-	-	-	1 (4)	-	-	1 (2,2)	1 (2,9)	-	1 (4,4)	-	1 (4,4)	-	-
Lav	-	1 (8,3)	-	-	-	-	1 (6,7)	-	1 (2,2)	-	1 (9,1)	1 (4,4)	-	1 (4,4)	-	-
Nogen grad	1 (11,1)	1 (8,3)	4 (40)	-	2 (28,6)	1 (4)	7 (46,7)	-	8 (17,4)	4 (11,8)	4 (36,4)	2 (8,7)	6 (26,1)	4 (17,4)	4 (17,4)	5 (21,7)
Høj	3 (33,3)	9 (75)	5 (50)	4 (57,1)	4 (57,1)	17 (68)	4 (25,7)	4 (66,7)	25 (54,4)	21 (61,8)	4 (36,4)	14 (60,9)	11 (47,8)	13 (56,5)	12 (52,2)	12 (52,2)
Meget høj	3 (33,3)	1 (8,3)	1 (10)	2 (28,6)	1 (14,3)	6 (24)	2 (13,3)	-	8 (17,4)	6 (17,7)	2 (18,2)	2 (8,7)	6 (26,1)	2 (8,7)	6 (126,1)	5 (21,7)
Ved ikke	1 (11,1)	-	-	1 (14,3)	-	-	1 (6,7)	2 (33,3)	3 (6,5)	2 (5,9)	-	3 (13)	-	2 (8,7)	1 (4,4)	1 (4,4)

*Jeg har den nødvendige viden om IFK til at støtte og vejlede CD-patienter i en kostomlægning

**Det vidensgrundlag, som jeg har inden for ernæring til CD-patienter, har betydning for, om jeg kan understøtte patienterne i kostomlægning til IFK?

***Dine personlige kostvaner har indflydelse på din understøttelse af patienternes kostomlægning til IFK?

****Du har behov for konkrete retningslinjer eller guidelines for, hvordan du kan agere i kliniske situationer med CD-patienterne i kostinterventionen for, at du kan understøtte kostinterventionen?

10.3.2 Statistiske analyser

For at sikre at de givne associationer mellem eksponering og udfald ikke er modificeret af en tredje faktor, testes alle null-hypoteser, jf. *tabel 7* i afsnit 9.4.5, ved MH-analyser. De baggrundsvariable som testes for er *alder*, *erfaring siden uddannelse* og *erfaring med CD-patienter* jf. afsnit 9.4.4.3.

Af MH-analyserne, som alle fremgår af *bilag Q*, identificeres én effektmodifikator, som ses i nedenstående *tabel 11*. Heraf ses det, at baggrundsvariablen *erfaring med CD-patienter* modificerer associationen mellem *profession* og *sp 12, holdning til kost på afdelingsplan*, ($p=0,004$). Denne variabel medtages og indsættes derfor med interaktionsled i associationen i den logistiske regressionsanalyse.

Tabel 11: Udpluk af MH-analyser for test af effektmodifikatorer.

Udfald: Sp 12 - holdning til kost på afdelingsplan	
Eksponering/ baggrundsvariable	Profession OR (95% CI)
OR ujusteret	0,40 (0,14-1,17) $p=0,094$
Alder < 46 år > 46 år	0,27 (0,07-1,10) 0,80 (0,16-3,94) $p=0,313$
Erfaring siden uddannelse Meget Lidt	0,26 (0,06-1,17) 0,76 (0,19-3,09) $p=0,298$
Erfaring med CD-patienter Meget Lidt	0,14 (0,04-0,50) 2,72 (0,57-12,96) $p=0,004^*$

$*p<0,05$

I regressionsanalyserne justeres der for baggrundsvariable enkeltvis i *model b*, *c* og *d* i *tabel 12*, mens der samlet justeres for disse i *model e*. *Model a* udgør den ujusterede model, hvor rå odds, som sammenlignes med de justerede odds i *model b-d* for at identificere mulige confoundere, fremgår. Af *tabel 12* og *model e* ses det, at 15 af null-hypoteserne⁹ ikke kan

⁹De 15 null-hypoteser udgør: $H_01 + H_02 + H_05 + H_06 + H_07 + H_08 + H_09 + H_{010} + H_{011} + H_{013} + H_{014} + H_{016} + H_{017} + H_{019} + H_{020}$

forkastes, hvormed der ikke er nogen associationer mellem disse eksponeringer og udfald. Derimod ses det af *tabel 12* og *tabel 13*, at fire af null-hypoteserne indeholder en specificeret null-hypotese, som kan forkastes, hvilket indikerer, at der er en statistisk signifikant association mellem disse eksponeringer og udfald. Nedenfor vil de null-hypoteser, som forkastes, blive uddybet.

Den første specificerede null-hypotese, som forkastes, er H_{03b} . Det indikerer, at der er en statistisk signifikant association ($p=0,009$) mellem at være *diætist* og *personlig erfaring med plantebaseret kost* sammenlignet med at være *sygeplejerske*. Af *model e* ses *diætister* at have 15,73 højere odds for i høj grad at have *personlig erfaring med plantebaseret kost* sammenlignet med *sygeplejersker*, hvorfor diætister kan antages at have mere personlig erfaring med plantebaseret kost end sygeplejersker. Endvidere ses det af analysen, at *erfaring siden uddannelse* kan være en mulig confounder i associationen, da OR ændrer sig fra 11 i *model a* til 17,80 i *model c*, hvormed denne kan være en selvstændig risikofaktor for udfaldet. Diætister med mere anciennitet har derfor formodentlig bedre forudsætninger end sygeplejersker for at støtte patienter i en kostomlægning til IFK.

Endvidere forkastes den specificerede null-hypotese H_{04b} , hvilket indikerer en statistisk signifikant association ($p=0,011$) mellem at være *diætist* og vurderingen af, om *personlig erfaring med plantebaseret kost har indflydelse på muligheden for at støtte og vejlede patienter med CD* sammenlignet med at være *sygeplejerske*. Diætister ses at have 0,97 lavere odds for i høj grad at vurdere, at *personlig erfaring med plantebaseret kost har indflydelse på muligheden for at støtte og vejlede patienter med CD* sammenlignet med *sygeplejersker*. Det tyder derfor på, at diætister i lavere grad end sygeplejersker vurderer, at personlig erfaring med plantebaseret kost har indflydelse på, om de kan støtte og vejlede patienter herindenfor.

Foruden ovenstående forkastes den specificerede null-hypotese H_{015b} ligeledes, hvilket indikerer en statistisk signifikant association ($p=0,030$) mellem at være *diætist* og vurderingen af, om *tidsmæssige ressourcer har indflydelse på prioriteringen af støtte og vejledning til CD-patienter i en kostomlægning* sammenlignet med at være *sygeplejerske*. Efter justering for alle baggrundsvariable i *model e* ses *diætister* at have 0,95 lavere odds for i høj grad at vurdere, at *tidsmæssige ressourcer har indflydelse på prioriteringen af støtte og vejledning til CD-patienter i en kostomlægning*. Det tyder dermed på, at diætister i lavere grad end sygeplejersker

vurderer, at tidsmæssige ressourcer har indflydelse på, om de kan støtte og vejlede patienter i en kostomlægning.

Ud fra ovenstående MH-analyse i *tabel 11* fremanalyseres det, at *erfaring med CD-patienter* modificerer associationen mellem *profession* og *holdning til kost på afdelingsplan* ($p=0,004$), hvorfor denne præsenteres selvstændigt i *tabel 13*, som ses nedenfor. Af denne ses det, at den specificerede null-hypotese H_{012a} ($p=0,025$) forkastes efter justering for alle baggrundsvariable i *model e*. Læger ses heraf at have 0,96 lavere odds for i høj grad at mene, at der er en overordnet positiv holdning til inddragelse af IFK i behandlingen af CD på afdelingen sammenlignet med sygeplejersker. Det kan derfor tyde på, at læger i lavere grad end sygeplejersker mener, at der er en overordnet positiv holdning til inddragelse af IFK i behandlingen af CD på deres respektive afdelinger.

Tabel 12: Logistiske regressionsanalyser ujusteret og justeret for baggrundsvariable (model a-e)

	Model a: Ujusteret OR (CI 95%)	Model b Justeret for alder OR (CI 95%)	Model c Justeret for erfaring siden uddannelse OR (CI 95%)	Model d Justeret for erfaring med CD-patienter OR (CI 95%)	Model e** Fuld justeret OR (CI 95%)
Udfald: Sp 1					
Sygeplejerske	(ref)	(ref)	(ref)	(ref)	(ref)
Læge	0,50 (0,14-1,75) $p=0,280$	0,49 (0,14-1,78) $p=0,280$	0,53 (1,15-1,87) $p=0,323$	0,59 (0,16-2,15) $p=0,424$	0,53 (0,13-2,08) $p=0,362$
Diætist	4,53 (0,49-42,05) $p=0,184$	4,58 (0,49-42,82) $p=0,182$	4,95 (0,52-47,09) $p=0,164$	4,87 (0,50-47,10) $p=0,172$	6,03 (0,59-61,21) $p=0,129$
(H_{01})					
Udfald: Sp 2					
Sygeplejerske	(ref)	(ref)	(ref)	(ref)	(ref)
Læge	1 (--)	1 (--)	1 (--)	1 (--)	(--)
	-	-	-	-	-
Diætist	1 (--)	1 (--)	1 (--)	1 (--)	1 (--)
(H_{02})	-	-	-	-	-
Udfald: Sp 3					
Sygeplejerske	(ref)	(ref)	(ref)	(ref)	(ref)
Læge	2,2 (0,57-8,54) $p=0,255$	3,09 (0,70-13,56) $p=0,135$	2,82 (0,65-12,19) $p=0,164$	2,43 (0,60-9,82) $p=0,212$	3,25 (0,70-15,16) $p=0,133$
Diætist	11 (1,75-69,08) $p=0,011^*$	10,87 (1,63-71,61) $p=0,014^*$	17,80 (2,25-140,54) $p=0,006^*$	11,34 (1,78-71,42) $p=0,010^*$	15,73 (2,00-123,63) $p=0,009^*$
(H_{03})					

	Model a: Ujusteret OR (CI 95%)	Model b Justeret for alder OR (CI 95%)	Model c Justeret for erfaring siden uddannelse OR (CI 95%)	Model d Justeret for erfaring med CD-patienter OR (CI 95%)	Model e** Fuld justeret OR (CI 95%)
Udfald: Sp 4					
Sygeplejerske Læge	(ref) 0,58 (0,16-2,12) p=0,414	(ref) 0,96 (0,20-4,62) p=0,961	(ref) 0,63 (0,15-2,69) p=0,531	(ref) 0,52 (0,14-0,86) p=0,335	(ref) 0,74 (0,14-3,86) p=0,720
Diætist	0,10 (0,01-0,90) p=0,040*	0,04 (0,00-0,42) p=0,008*	0,07 (0,00-0,77) p=0,030*	0,09 (0,00-0,86) p=0,037*	0,03 (0,00-0,45) p=0,011*
(H ₀ 4)					
Udfald: Sp 5					
Sygeplejerske Læge	(ref) 3,43 (0,78-15,09) p=0,103	(ref) 4,41 (0,91-21,29) p=0,065	(ref) 3,58 (0,80-15,98) p=0,095	(ref) 3,24 (0,73-14,43) p=0,123	(ref) 4,29 (0,87-21,20) p=0,074
Diætist	0,29 (0,05-1,69) p=0,167	0,24 (0,04-1,50) p=0,128	0,30 (0,05-1,76) p=0,181	0,28 (0,05-1,68) p=0,165	0,23 (0,04-1,50) p=0,120
(H ₀ 5)					
Udfald: Sp 6					
Sygeplejerske Læge	(ref) 0,86 (0,23-3,25) p=0,882	(ref) 0,93 (0,24-3,65) p=0,921	(ref) 0,90 (0,23-3,44) p=0,872	(ref) 0,85 (0,22-3,31) p=0,819	(ref) 0,88 (0,22-3,58) p=0,856
Diætist	- (--) -	- (--) -	- (--) -	- (--) -	- (--) -
(H ₀ 6)					
Udfald: Sp 7					
Sygeplejerske Læge	(ref) 0,36 (0,03-3,84) p=0,396	(ref) 0,38 (0,03-4,19) p=0,430	(ref) 0,37 (0,03-4,05) p=0,417	(ref) 0,37 (0,03-4,09) p=0,419	(ref) 0,39 (0,03-4,40) p=0,448
Diætist	2 (0,26-15,62) P=0,509	1,87 (0,23-14,96) p=0,553	2,30 (0,28-19,10) p=0,442	2,04 (0,26-16,10) p=0,498	2,39 (0,24-22,64) p=0,448
(H ₀ 7)					
Udfald: Sp 8					
Sygeplejerske Læge	(ref) 1,07 (0,28-4,10) p=0,922	(ref) 1,17 (0,29-4,71) p=0,825	(ref) 1,14 (0,29-4,50) 0,847	(ref) 1,25 (0,31-5,07) p=0,751	(ref) 1,42 (0,33-6,10) p=0,639
Diætist	3,67 (0,59-22,78) p=0,163	3,51 (0,56-22,03) p=0,180	3,91 (0,61-24,92) p=0,149	3,90 (0,60-24,35) p=0,154	3,65 (0,54-24,72) p=0,185
(H ₀ 8)					
Udfald: Sp 9					
Sygeplejerske Læge	(ref) 0,36 (0,07-1,89) p=0,226	(ref) 0,33 (0,06-1,86) p=0,210	(ref) 0,31 (0,06-1,73) p=0,183	(ref) 0,40 (0,07-2,15) p=0,285	(ref) 0,38 (0,07-2,21) p=0,283
Diætist	0,39 (0,05-2,90) p=0,358	0,41 (0,05-3,08) p=0,385	0,35 (0,05-2,71) p=0,316	0,40 (0,05-2,97) p=0,367	0,31 (0,04-2,62) p=0,282
(H ₀ 9)					

	Model a: Ujusteret OR (CI 95%)	Model b Justeret for alder OR (CI 95%)	Model c Justeret for erfaring siden uddannelse OR (CI 95%)	Model d Justeret for erfaring med CD-patienter OR (CI 95%)	Model e** Fuld justeret OR (CI 95%)
Udfald: Sp 10					
Sygeplejerske Læge	(ref) 0,95 (0,19-4,71) p=0,952	(ref) 0,94 (0,18-4,81) p=0,939	(ref) 0,92 (0,18-4,58) p=0,915	(ref) 0,83 (0,16-4,28) p=0,825	(ref) 0,85 (0,16-4,57) p=0,849
Diætist	0,24 (0,04-1,30) p=0,097	0,24 (0,04-1,33) p=0,103	0,23 (0,04-1,27) p=0,092	0,22 (0,04-1,26) p=0,090	0,21 (0,03-1,23) p=0,083
(H ₀ 10)					
Udfald: Sp 11					
Sygeplejerske Læge	(ref) 1 (--) -	(ref) 1 (--) -	(ref) 1 (--) -	(ref) 1 (--) -	(ref) 1 (--) -
Diætist	1 (--) -	1 (--) -	1 (--) -	1 (--) -	1 (--) -
(H ₀ 11)					
Udfald: Sp 12					
Sygeplejerske Læge	(ref) 0,31 (0,08-1,27) p=0,104	(ref) 0,40 (0,09-1,82) p=0,235	(ref) 0,31 (0,07-1,37) p=0,122	*** Se tabel 13	*** Se tabel 13
Diætist	0,25 (0,02-3,19) p=0,286	0,19 (0,01-2,86) p=0,230	0,33 (0,02-4,86) p=0,419		
(H ₀ 12)					
Udfald: Sp 13					
Sygeplejerske Læge	(ref) 3,41 (0,84-13,77) p=0,085	(ref) 2,89 (0,68-12,27) p=0,151	(ref) 3,43 (0,80-14,63) p=0,096	(ref) 3,03 (0,72-12,78) p=0,132	(ref) 2,76 (0,58-13,17) p=0,203
Diætist	1,82 (0,34-9,82) p=0,487	2,21 (0,38-12,85) p=0,376	1,59 (0,27-9,27) p=0,604	1,97 (0,34-11,30) p=0,449	2,13 (0,32-14,04) p=0,431
(H ₀ 13)					
Udfald: Sp 14					
Sygeplejerske Læge	(ref) 0,18 (0,03-0,96) p=0,045*	(ref) 0,17 (0,03-0,95) p=0,043*	(ref) 0,14 (0,03-0,83) p=0,030*	(ref) 0,17 (0,03-0,95) p=0,043*	(ref) 0,17 (0,03-1,03) p=0,054
Diætist	1,56 (0,29-8,38) p=0,607	1,60 (0,29-8,72) p=0,588	1,36 (0,24-7,82) p=0,733*	1,57 (0,29-8,45) p=0,602	1,04 (0,16-6,58) p=0,966
(H ₀ 14)					
Udfald: Sp 15					
Sygeplejerske Læge	(ref) 2 (0,19-21,23) p=0,565	(ref) 3,14 (0,27-36,08) p=0,358	(ref) 2,10 (0,19-22,72) p=0,543	(ref) 1,71 (0,16-18,83) p=0,661	(ref) 2,91 (0,22-39,16) p=0,421
Diætist	0,14 (0,02-1,06) p=0,057	0,08 (0,00-0,94) p=0,045*	0,15 (0,02-1,21) p=0,075	0,15 (0,02-1,20) p=0,074	0,05 (0,00-0,74) p=0,030*
(H ₀ 15)					

	Model a: Ujusteret OR (CI 95%)	Model b Justeret for alder OR (CI 95%)	Model c Justeret for erfaring siden uddannelse OR (CI 95%)	Model d Justeret for erfaring med CD-patienter OR (CI 95%)	Model e** Fuld justeret OR (CI 95%)
Udfald: Sp 16					
Sygeplejerske Læge	(ref) 1,37 (0,37-5,12) p=0,638	(ref) 1,65 (0,41-6,65) p=0,481	(ref) 1,48 (0,38-5,68) p=0,570	(ref) 1,54 (0,40-6,01) p=0,533	(ref) 2,09 (0,47-9,28) p=0,331
Diætist	1 (--)	1 (--)	1 (--)	1 (--)	1 (--)
(H ₀ 16)	-	-	-	-	-
Udfald: Sp 17					
Sygeplejerske Læge	(ref) 1 (--)	(ref) 1 (--)	(ref) 1 (--)	(ref) 1 (--)	(ref) 1 (--)
Diætist	-	-	-	-	-
(H ₀ 17)	1 (--)	1 (--)	1 (--)	1 (--)	1 (--)
	-	-	-	-	-
Udfald: Sp 19					
Sygeplejerske Læge	(ref) 1 (--)	(ref) 1 (--)	(ref) 1 (--)	(ref) 1 (--)	(ref) 1 (--)
Diætist	-	-	-	-	-
(H ₀ 19)	1 (--)	1 (--)	1 (--)	1 (--)	1 (--)
	-	-	-	-	-
Udfald: Sp 20					
Sygeplejerske Læge	(ref) 0,54 (0,039,39) p=0,674	(ref) 0,23 (0,01-4,84) p=0,345	(ref) 0,38 (0,02-7,40) p=0,527	(ref) 0,23 (0,01-4,84) p=0,345	(ref) 1 (--)
Diætist	1 (--)	1 (--)	1 (--)	1 (--)	-
(H ₀ 20)	-	-	-	-	1 (--)
					-

* $p < 0,05$

**Model e er justeret for alder, erfaring siden uddannelse og erfaring med CD-patienter

*** Tredje faktor er en effektmodifikator i denne association og afreporteres selvstændigt i tabel 13

Tabel 13: Associationer der modificeres af en tredje faktor

Udfald: Sp 12		
	Model d**	Model e**
Profession#Erfaring med CD-patienter		
Meget erfaring	(ref)	(ref)
Lidt erfaring	0,25 (0,041,70), p=0,159	0,41 (0,05-3,25), p=0,396
Læge #Meget erfaring	(ref)	(ref)
Læge #Lidt erfaring	108 (3,05-3827,07), p=0,010*	85,71 (1,90-3871,08), p=0,022*
Diætist#Meget erfaring	1 (--), -	1 (--), -
Diætist#Lidt erfaring	1 (--), -	1 (--), -
Sygeplejerske	(ref)	(ref)
Læge	0,03 (0,00-0,43), p=0,009*	0,04 (0,00-0,67), p=0,025*
Diætist	1 (--), -	1 (--), -
Erfaring siden uddannelse		
Meget erfaring		(ref)
Lidt erfaring		0,54 (0,06-4,54), p=0,573
Alder		
>46 år		(ref)
<46 år		0,27 (0,03-2,41), p=0,240

* $p < 0,05$

**Model c er justeret for erfaring siden uddannelse

**Model d er justeret for erfaring med CD-patienter

**Model e er justeret for alder, erfaring siden uddannelse og erfaring med CD-patienter

10.4 Kritisk fortolkning

I dette afsnit vil centrale resultater, som går på tværs af litteraturstudiet, de kvalitative interviews og spørgeskemaundersøgelsen, kritisk fortolkes med det formål at skabe forståelse for barrierer og facilitatorer. De analytiske resultater fortolkes med inddragelse af den teoretiske referenceramme jf. afsnit 7.

10.4.1 Viden om IFK

Det fremgår både af litteraturstudiet og den kvalitative analyse, at sygeplejersker og læger mangler viden om kost i relation til at kunne vejlede og støtte patienter, hvilket indikerer et vidensbehov. Af litteraturstudiet påpeger tre af studierne, at manglende viden på ernæringsområdet blandt sundhedsprofessionelle er en mulig barriere for at vejlede patienter heri (Boocock et al., 2021; Crowley et al., 2016; Dash et al., 2020). I den sammenhæng fremanalyseres det af den kvalitative undersøgelse, at sundhedsprofessionelle anser viden om IFK som værende væsentlig for at kunne understøtte kostinterventionen, hvor særligt

sygeplejersker efterspørger mere viden. Yderligere fremgår det af den kvantitative analyse, at 92% angiver, at deres vidensgrundlag i *nogen grad* til i *høj grad* har betydning for, om de kan understøtte kostinterventionen, mens det kun er enkelte informanter, i form af diætister, der angiver i *meget høj grad* at have den nødvendige viden. Overordnet kan det med afsæt i de tre datakilder derfor tyde på, at sundhedsprofessionelle generelt har behov for mere viden om IFK for at kunne understøtte kostinterventionen. Det kan antages især at være væsentligt for læger og sygeplejersker, da det fremgår af den kvantitative undersøgelse, at ingen læger angiver i *høj* eller *meget høj grad* at have den nødvendige viden, mens ingen sygeplejersker angiver at have det i *meget høj grad*. Med afsæt i Bourdieus teori jf. afsnit 7.2 kan den manglende viden om IFK blandt sundhedsprofessionelle være et udtryk for den *doxa*, som dominerer inden for *sundhedsfeltet*, herunder den biomedicinske tilgang til behandling. Ud fra ovenstående findes det derfor væsentligt at øge sundhedsprofessionelles vidensgrundlag inden for IFK for at sikre understøttelse af interventionen. I relation hertil ses det, at 78% ønsker undervisning i IFK, mens 51% efterspørger muligheden for at kontakte en kontaktperson vedrørende spørgsmål (bilag R).

10.4.2 Personlige erfaringers betydning

Resultater i den kvalitative analyse peger på, at sundhedsprofessionelles personlige erfaringer med IFK kan have betydning for understøttelse af kostinterventionen. Af den kvantitative analyse fremgår det, at *diætister* har 0,97 lavere odds for i høj grad at vurdere, at *personlig erfaring med plantebaseret kost har indflydelse på, om de kan støtte og vejlede CD-patienter* heri sammenlignet med *sygeplejersker* ($p=0,011$). Det kan heraf tyde på, at sundhedsprofessionelle i forskellige grader vurderer, at personlig erfaring har betydning for understøttelse, hvor diætister i lavere grad end sygeplejersker vurderer det som væsentligt. Det kan antages at hænge sammen med, at diætister i højere grad vurderer at have den nødvendige viden, hvor sygeplejersker jf. afsnit 10.4.1 efterspørger mere viden, da manglende viden kan være grobund for erfaringsbaseret vejledning jf. resultater af litteraturstudiet og den kvalitative undersøgelse. Af den kvantitative undersøgelse ses det særligt at være de erfarne sygeplejersker, som mener, at personlig erfaring kan have indflydelse på understøttelse, hvilket kan hænge sammen med, at det af den kvalitative analyse fremanalysedes, at personlig erfaring kan give øget handlekompetence blandt sygeplejersker. Trods dette ses det yderligere af den kvantitative analyse, at 40,5% i *meget lav eller lav grad* mener, at deres personlige erfaringer med plantebaseret kost har indflydelse på, om de kan understøtte kostinterventionen. Det kan

belyses ud fra *doxa* inden for *sundhedsfeltet* jf. Bourdieu, som beror på en professionel og biomedicinsk tankegang, hvor det at træffe beslutninger ud fra viden frem for personlig erfaring er inkarneret i de sundhedsprofessionelles tankegang grundet deres *kulturelle kapital*. Med afsæt i ovenstående bør et hovedfokus i strategien derfor være løftet videnskompetence blandt sundhedsprofessionelle, så personlig erfaring i endnu lavere grad har betydning for understøttelse.

10.4.3 Personlige holdningers betydning

Det indikeres i litteraturstudiet, at der er en positiv holdning blandt sundhedsprofessionelle i relation til vigtigheden i at vejlede patienter med kroniske sygdomme i kost (Crowley et al., 2016; Dash et al., 2020; Somerville et al., 2019), men at det er ikke tilfældet for alle (Boocock et al., 2021), og at det ikke altid til udtryk gennem de sundhedsprofessionelles handlinger (Somerville et al., 2019; Dash et al., 2020; Crowley et al., 2016). Det er i overensstemmelse med resultater fra den kvalitative analyse, det indikerer en overordnet åbenhed over for kostinterventionen, men varierende personlige holdninger hertil. En positiv holdning og åbenhed blandt sundhedsprofessionelle findes at være essentiel, da 54% angiver, at deres personlige holdning til IFK i *nogen, høj eller meget høj grad* har indflydelse på, hvorledes de rådgiver heri. Læger ses dog at have 0,96 lavere odds for i høj grad at *мене, at der er en overordnet positiv holdning til inddragelse af IFK i behandlingen af CD på afdelingen* sammenlignet med *sygeplejersker* ($p=0,025$), hvor et lignende resultat fremgår af den kvalitative analyse, da der fremanalyseres en skepsis blandt læger over for kostinterventioner. Et fokus på lægers personlige holdninger til IFK som komplementær behandling bør derfor være et fokuspunkt for strategien, idet læger med afsæt i Bourdieus teori har *symbolsk magt* inden for *sundhedsfeltet* grundet deres høje grad af *kulturel kapital*. Hermed kan de i højere grad siges at diktere *doxa* indenfor dette *felt*. Lægernes adfærd og holdninger til kostinterventionen har dermed stor betydning inden for *sundhedsfeltet*, da disse i høj grad har indflydelse på adfærds- og holdningsmønstre inden for feltet. Det understøttes også af den kvalitative analyse, hvor sygeplejersker bl.a. oplever lægers skepsis som en barriere for deres egen understøttelse af kostinterventionen.

10.4.4 Evidens inden for IFK

Både litteraturstudiet og den kvalitative undersøgelse påpeger, at manglende evidens om kost som komplementær behandling til CD-patienter og patienter med andre kroniske sygdomme

kan være en barriere for at kunne vejlede patienter heri. Studiet af Dash et al., (2020) fandt, at læger anser evidensen som manglende eller kontroversiel, hvilket ligeledes stemmer overens med resultater fra den kvalitative undersøgelse. Den manglende evidens pointeres ligeledes af den kvantitative undersøgelse, hvor 67% af informanterne angiver, at der i *meget lav* eller *lav grad* er tilstrækkelig evidens inden for kost som komplementær behandling til CD-patienter. En problematik i relation hertil fremanalyseres af den kvalitative analyse, da patienter med CD, som følge af manglende evidens, kan blive udsat for modsatrettet vejledning. Der ses derfor et behov for evidens og kliniske retningslinjer på området, hvorfor det findes essentielt at italesætte interventionens bidrag til evidensbaseret viden over for de sundhedsprofessionelle, herunder særligt læger.

10.4.5 Reaktioner på patienternes oplevelser

Alle fire studier i litteraturstudiet påpeger, at manglende tillid til patienters adfærdsændring er en essentiel barriere for at vejlede i ernæring (Boocock et al., 2021; Crowley et al., 2016; Dash et al., 2020; Somerville et al., 2019), hvilket også fremgår af udtalelser i den kvalitative undersøgelse. Af den kvantitative analyse tyder det ligeledes på, at tillid til at patienterne kan efterleve en kostomlægning og patienternes oplevelser i relation til kostomlægningen i overvejende grad har *nogen* betydning for, om de sundhedsprofessionelle kan understøtte interventionen. Det fremgår uddybende af den kvalitative analyse, at patienternes oplevelser med kostinterventionen både kan være en facilitator eller barriere for understøttelse afhængigt af, om oplevelserne er positive eller negative. Patienternes oplevelser er dermed vigtige, hvilket ud fra den kvantitative analyse formodes at hænge sammen med, at de sundhedsprofessionelle ikke har den nødvendige viden, samt at der mangler evidens på området, hvormed patienternes oplevelser i stedet bliver centrale. Det indikeres ligeledes, idet de sundhedsprofessionelle angiver i *høj grad* at have behov for konkrete retningslinjer eller guidelines for, hvordan de skal agere i situationer med CD-patienter, hvilket også fremgår af den kvalitative analyse. Konkrete retningslinjer for håndtering af patienternes oplevelser med kostinterventionen antages dermed at være en facilitator, hvilket ydermere kan bidrage til en ensartet understøttelse. Ligeledes fremgår det, at 62% af de sundhedsprofessionelle anser løbende opfølgning og vidensdeling i forbindelse med kostinterventionens resultater og patienternes oplevelser som faciliterende for deres understøttelse af kostinterventionen (bilag R).

10.4.6 Organisationskultur

Det fremgår af den kvalitative undersøgelse, at organisationskultur både kan være en barriere og facilitator for understøttelse af kostinterventionen afhængigt af, om der er en skepsis over for kost som komplementær behandling eller engagement for at drive projektet. Førstnævnte ses især blandt læger, mens sidstnævnte særligt er fremhævet i relation til sygeplejersker. Jf. Bourdieu kan dette skyldes forskelle i de to professioners *kulturelle kapital*. Hvor læger uddannes og oplæres i kritisk tænkning, som kan medføre en skepsis over for behandlingsformer, der endnu ikke er tilstrækkeligt videnskabeligt undersøgt jf. afsnit 10.2.1.3, uddannes og oplæres sygeplejersker i en holistisk tilgang, som kan komme til udtryk i deres villighed til at inddrage den individuelle patients ønsker og behov som en del af sygeplejen (Hsieh et al., 2009). Sygeplejersker og læger besidder dermed forskellige *habitus*, som danner grundlag for, hvordan de oplever, tænker og handler indenfor *sundhedsfeltet*. Ydermere ses det af den kvantitative analyse, at hhv. 37% af sygeplejersker, 53,3% af læger og 50% af diætister i *nogen grad* mener, at deres kollegers holdninger til IFK påvirker deres egne holdninger, hvorfor det er essentielt for understøttelse af kostinterventionen, at de sundhedsprofessionelle har positive personlige holdninger hertil. Italesættelsen heraf bør være positiv, hvilket også understøttes af resultater fra den kvalitative analyse. Som understreget jf. afsnit 10.4.3. tyder det på, at læger i lavere grad end sygeplejersker mener, at der er en overordnet positiv holdning til inddragelse af IFK i behandlingen af CD på afdelingen. Det fremgår af den kvalitative undersøgelse og studiet af Dash et al., (2020), at det især er vigtigt for læger, at der forekommer evidens på området, hvormed formidlingen af kostinterventionens bidrag til evidens igen understreges som en mulig facilitator for lægernes understøttelse heraf

10.4.7 Tidsmæssige ressourcer

Det fremgår af litteraturstudiet og den kvalitative undersøgelse, at tid kan være en barriere for understøttelse af kostomlægning, da begrænsede tidsmæssige ressourcer kan føre til nedprioritering heraf. I den sammenhæng angiver 62,5% af informanterne i den kvantitative analyse, at der er en *lav grad* eller *meget lav grad* af tidsmæssige ressourcer på afdelingen til at understøtte kostomlægning. Ligeledes svarer 79%, at tidsmæssige ressourcer i *nogen* til i *meget høj grad* har indflydelse på, om de prioriterer at understøtte kostinterventionen. Diætister ses at have 0,95 lavere odds for i høj grad at vurdere, at *tidsmæssige ressourcer har indflydelse på prioriteringen af støtte og vejledning til CD-patienter i en kostomlægning* sammenlignet med sygeplejersker ($p=0,030$). Hermed kan diætister antages at have mere tid end

sygeplejersker, eller at de prioriterer støtten og vejledningen inden for kost til patienter på trods af knappe tidsmæssige ressourcer, så det ikke har indflydelse på understøttelse. Der bør derfor i strategien tages højde for, at sundhedsprofessionelle ikke har mange tidsmæssige ressourcer til understøttelse af kostinterventionen, samt at nogle professioner, herunder diætister, særligt kan være faciliterende for understøttelse på trods af knappe tidsmæssige ressourcer.

10.4.8 Tværfagligt samarbejde

Af litteraturstudiet fandt Boocock et al., (2021), at diætister er en underudnyttet ressource, samt at læger og sygeplejersker ofte påtager sig opgaver, som de ikke er kvalificeret til, hvilket vidner om, at der er et potentiale ift. at forbedre det tværfaglige samarbejde, så de forskellige fagprofessioners kompetencer udnyttes bedst muligt. At tværfagligt samarbejde kan være en facilitator for understøttelse indikeres ligeledes af den kvalitative undersøgelse, hvor diætisters viden bl.a. efterspørges. Iht. de kvantitative resultater ses det, at 49% mener, at der i *meget lav* eller *lav grad* er et tværfagligt samarbejde på de respektive ambulatorier, mens 85% i *nogen* til *meget høj grad* mener, at øget tværfagligt samarbejde kan være en facilitator for understøttelse af kostinterventionen. Det er bl.a. et fælles synspunkt for alle læger og diætister sammen med størstedelen af sygeplejersker. I den sammenhæng ses det også jf. afsnit 10.4.7, at tidsmæssige ressourcer i lavere grad har indflydelse på prioritering af støtte og vejledning til CD-patienter i en kostomlægning for diætister, hvorfor denne faggruppe bør udnyttes. På tværs af datamaterialet fremgår det dermed, at et øget tværfagligt samarbejde bør indgå som en del af strategien for undersøttelse af kostinterventionen. Der bør dog i strategien tages højde for mulige variationer i de sundhedsprofessionelles *doxa* grundet de sundhedsprofessionelles forskellige *kulturelle kapital*, hvormed et øget tværfagligt arbejde muligvis kan skabe symbolske *magtkampe* indenfor *feltet*. Sådanne konflikter må derfor søges imødekommet og forebygget som et led i strategien, herunder eksempelvis ved dannelse af en fælles begrebsforståelse inden for behandlingen med afsæt i de varierende *kulturelle kapitaler*.

10.4.9 Baggrundsinformationer

Det ses af den kvalitative undersøgelse, at baggrundsinformationer om kostinterventionen efterspørges blandt sundhedsprofessionelle i relation til bedre at kunne understøtte denne. I tråd hermed fremgår det af den kvantitative analyse, at 96% i *nogen* til i *meget høj grad* vurderer, at generelle informationer om kostinterventionen er essentielle for deres understøttelse af denne. Det ses endvidere af den kvantitative analyse, at 88% i *nogen* til *meget høj grad* har

behov for konkrete retningslinjer eller guidelines for, hvorledes de skal agere i kliniske situationer. Heraf ses det, at både generelle informationer, i overensstemmelse med afsnit 10.4.1, og praksisnære guidelines, i overensstemmelse med afsnit 10.4.5, bør indgå i strategien med henblik på at facilitere understøttelse af kostinterventionen og viden på området. Uddybende svarer 96% af de sundhedsprofessionelle, at de ønsker *skriftlige* baggrundsinformationer om kostinterventionen, mens 53% ønsker et *mundtligt* informationsmøde herom (bilag R). Denne prioritering af skriftlige frem for mundtlige informationer kan hænge sammen med de knappe tidsmæssige ressourcer, som pointeres jf. afsnit 10.4.7.

10.5 Forandringspotentialer

I dette afsnit vil forandringspotentialer fremanalyseres med afsæt i den kritiske fortolkning, herunder hvilke barrierer og facilitatorer der bekræftes som værende essentielle at imødekomme i strategien for at sikre understøttelse af kostinterventionen.

Af den kritiske fortolkning ses det, at manglende viden om IFK er en essentiel og gennemgående barriere, og at viden herom efterspørges. Et forandringspotentialer ses dermed i relation til et øget vidensgrundlag, særligt hos læger og sygeplejersker. Det gælder også for baggrundsinformationer om kostinterventionen, hvor både generel viden herom og mere specifik viden i relation til håndtering af specifikke problemstillinger efterspørges. Ydermere efterspørges mundtlig og skriftlig information, hvor flere efterspørger skriftlig information. Med afsæt i datakilderne og Vedtoftes didaktiske model jf. afsnit 7.4 vil der tages højde herfor sammen med forudsætninger for læring, herunder knappe tidsmæssige ressourcer og praktiske ønsker om format.

Det fremgår af den kritiske fortolkning, at personlig holdning til IFK, især blandt læger, er en barriere. Ydermere fremgår det, at der ikke er tilstrækkelig evidens på området, og at sundhedsprofessionelle formodentligt som følge heraf oplever, at patienternes positive oplevelser med kostinterventionen er væsentlige for understøttelse heraf. Hermed ses et forandringspotentialer for understøttelse i relation til positiv italesættelse af kostinterventionen og dens bidrag til evidens, særligt over for læger, samt deling af patienternes gode oplevelser med denne samt effekter heraf.

Slutteligt ses et langsigtet potentiale for strukturelle ændringer af behandlingspraksis i relation til kostomlægning hos CD-patienter gennem et øget tværfagligt samarbejde mellem sygeplejersker, læger og diætister. Her ses der et potentiale i at udnytte diætisters kompetencer og ressourcer.

10.6 Udvikling af strategi

Med henblik på at besvare forskningsspørgsmål 2 og problemformuleringen udvikles en konkret strategi til understøttelse af kostinterventionen blandt sundhedsprofessionelle med afsæt i afsnit 10.5.

10.6.1 Opsætning af strategi

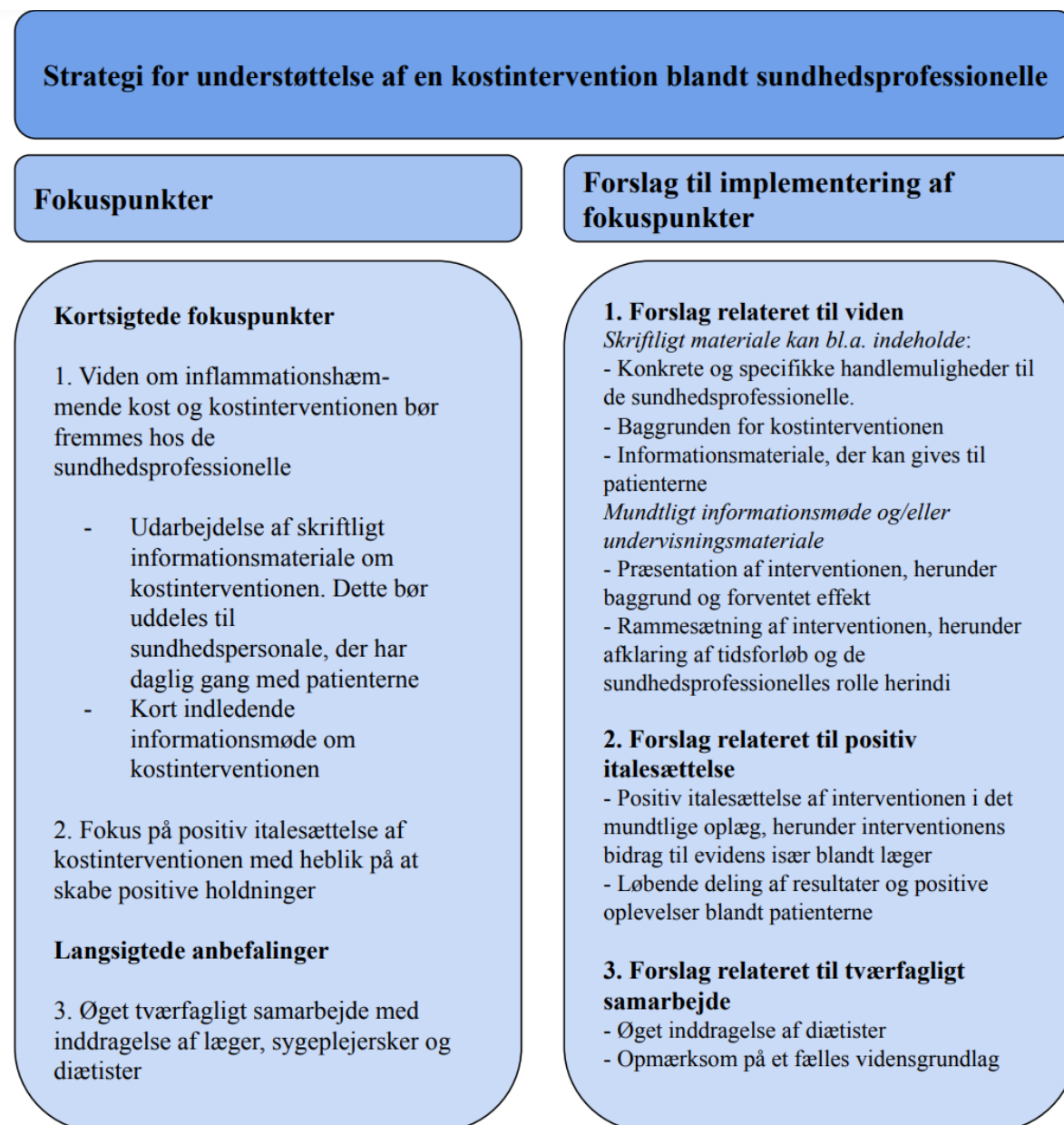
Strategien til understøttelse af kostinterventionen i ph.d.-projektet er udviklet med afsæt i den kritiske fortolkning og det heraf fremanalyserede forandringspotentiale. De inkluderede anbefalinger er dermed baseret på resultater, som går på tværs af de tre datakilder, som indgår i specialet, hvorfor strategien er både specifikt målrettet til brug i forbindelse med kostinterventionen, men ligeledes til brug generelt ved lignende fremtidige interventioner. Strategien opsættes med fokus på udvikling- og implementeringsleddet i MRC-modellen jf. afsnit 5. I udviklingen af strategien suppleres MRC-modellen med Fixsens *implementation drivers* for at sikre understøttelse på frontmedarbejder-, organisatorisk- og ledelsesniveau med henblik på at sikre en bæredygtig forandring (Bertram et al., 2015). Da forandringspotentialet jf. afsnit 10.5 især ses i relation til viden, anvendes Vedtoftes didaktiske model jf. afsnit 7.4 til at fremanalyse, hvorledes strategiske fokuspunkter kan sikre læring og forandring på frontmedarbejderniveau. Strategien indeholder derudover også organisatoriske- og makropolitiske fokuspunkter samt forslag hertil, som på lang sigt skal sikre understøttelse af lignende fremtidige interventioner, hvilket ligeledes efterspørges. Strategien er derfor opdelt i kortsigtede- og langsigtede fokuspunkter, hvor hovedfokus er på den kortsigtede understøttelse med afsæt i forandringspotentialet. Der er derfor tale om en bottom-up tilgang, hvor forandringen på kort sigt afhænger meget af frontarbejderen (Bertram et al., 2015).

10.6.2 Strategi til understøttelse af en kostintervention

Af figur 11 fremgår strategien indeholdende tre overordnede fokuspunkter, hvor to udgør kortsigtede fokuspunkter, mens det sidste er et langsigtet fokuspunkt. Iht. de kortsigtede fokuspunkter ses det jf. afsnit 10.4, at barriererne, *personlige holdningers betydning*,

personlige erfaringers betydning, baggrundsinformationer herunder konkrete retningslinjer, *reaktioner på patienternes oplevelser og evidens inden for IFK*, alle bunder i manglende viden om IFK og kostinterventionen. Fokuspunktet *fremme viden om IFK og kostinterventionen* omfavner derfor ovenstående barrierer. Fokuspunktet *positiv italesættelse af kostinterventionen* indfanger derimod resultater om *organisationskultur* samt *personlige holdningers betydning*. Det langsigtede fokuspunkt *øget tværfagligt samarbejde* omhandler resultater jf. afsnit 10.4.8.

Foruden de tre fokuspunkter indgår konkrete forslag til, hvorledes ph.d.-projektet og lignende fremtidige interventioner kan imødekomme disse fokuspunkter. De konkrete forslag er baseret på resultater jf. afsnit 10.4, som peger i retning af, at *positiv italesættelse af kostinterventionen* og viden om evidensen bag særligt bør rettes mod læger, mens det tyder på, at *viden om IFK og kostinterventionen* især bør rettes mod sygeplejersker, som har meget erfaring siden endt uddannelse. Endvidere er det essentielt, at det *tværfaglige samarbejde* på sigt inkluderer diætister. I afsnit 10.7 nedenfor visualiseres og tydeliggøres det, hvordan strategien konkret virker ift. at imødekomme kontekster og aktivere intenderede mekanismer.



Figur 11: Strategi med fokuspunkter til understøttelse af en kostintervention.

10.7 Revideret programteori

På baggrund af afsnit 10.6 og 10.4 opstilles en revideret programteori, der beskriver, hvilke kontekstuelle faktorer som interventionen bør tage højde for med henblik på at aktivere de intendede mekanismer og outcomes. Endvidere vil det fremgå, hvilke utilsigtede konsekvenser der kan opstå, hvis der ikke tages højde herfor.

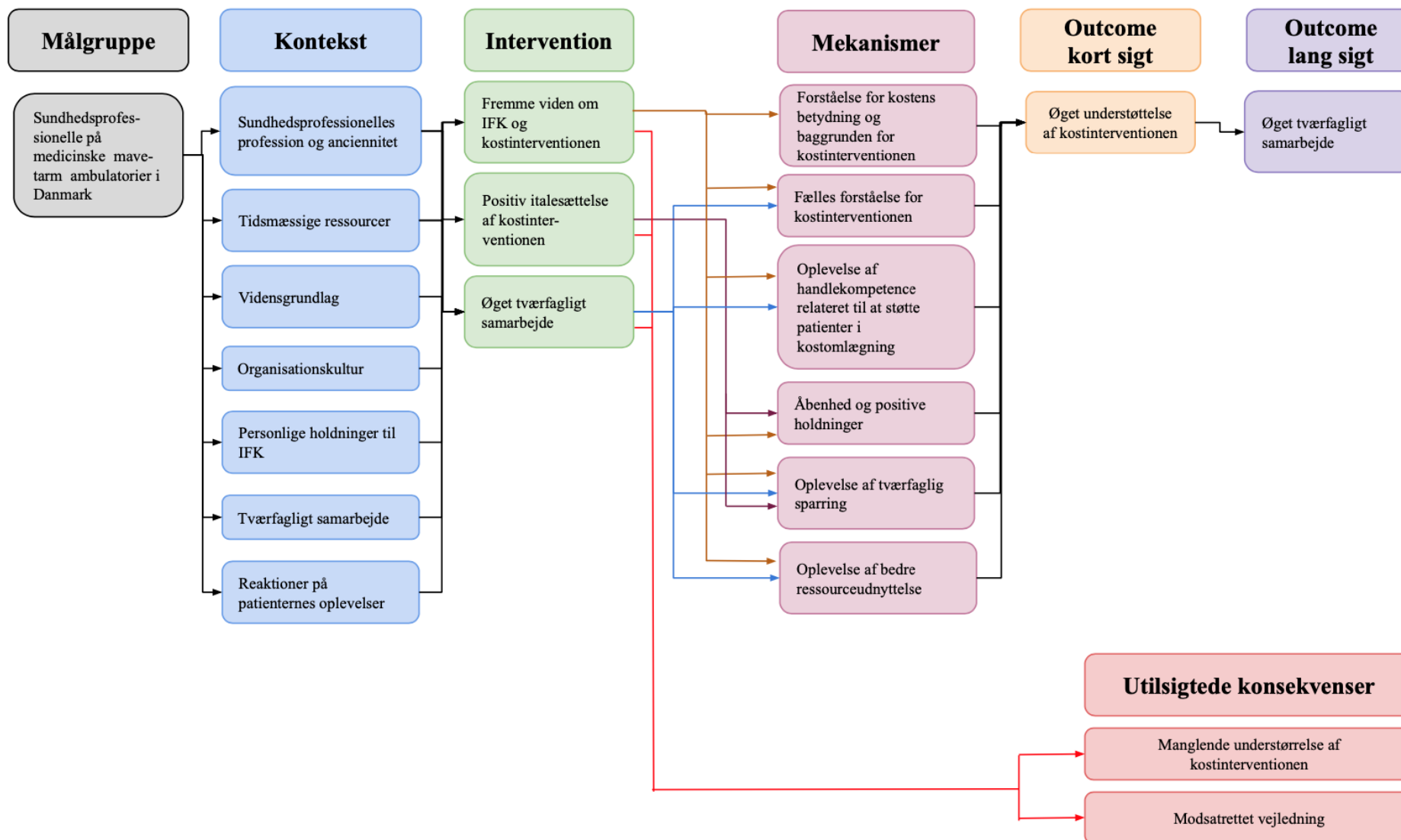
Af figur 12 illustreres den reviderede programteori, hvor det fremgår, at der er sket en revision af den indledende programteori, idet interventionen kommer efter de kontekstuelle betingelser og før mekanismerne. Det skyldes, at interventionen skal imødekomme betingelserne i form af

fremanalyserede barrierer og facilitatorer, så intenderede mekanismer aktiveres. Heraf ses det, at strategien indeholder tre fokuspunkter: *fremme viden om IFK og kostinterventionen, positiv italesættelse af kostinterventionen samt øget tværfagligt samarbejde.*

Herudover tilføjes en ny kontekst, *reaktioner på patienternes holdninger*, da det ses, at patienternes oplevelser med kostinterventionen kan påvirke de sundhedsprofessionelle, hvilket de forskellige fokuspunkter i strategien skal facilitere og understøtte. Derudover er *vidensgrundlag* en ny kontekst, som indeholder nuancer af *evidens og kliniske retningslinjer* fra den indledende programteori. Herudover indeholder den elementer af sundhedsprofessionelles *personlige erfaringer og baggrundsinformation* jf. resultater i afsnit 10.4. I den indledende programteori indeholdte konteksten, *sundhedsprofessionelles karakteristika*, elementerne *køn, alder, anciennitet og personlig holdning*, hvor elementerne *køn* og *alder* ikke er bekræftet som værende essentielle. Det gør sig ligeledes gældende for *ernæringsmæssig træning*. *Personlig holdning* er tilføjet som en separat kontekst, da den jf. afsnit 10.4.3 anses som essentiel for understøttelse, især blandt læger. I den reviderede programteori er *arbejdskultur* ændret til *organisationskultur*, og *tid og ressourcer* til *tidsmæssige ressourcer*.

Iht. mekanismerne er *oplevelse af klar rolle- og ansvarsfordeling i forbindelse med rådgivning i ernæring* samt *evne til at rådgive patienter i ernæring* blevet fjernet. Mekanismen *oplevelse af tværfaglig sparring i forbindelse med rådgivning i ernæring* er bibeholdt. Derudover er der tilføjet tre nye mekanismer, herunder *åbenhed og positive holdninger*, der skal skabes i forbindelse med omtale af kostinterventionen, *oplevelse af bedre ressourceudnyttelse* samt *fælles forståelse for kostinterventionen*, på baggrund af resultater jf. 10.4. Mekanismen *forståelse for ernærings betydning* er ændret, så den fokuserer på forståelse for IFK og kostens betydning for CD-patienter samt forståelse for kostinterventionen, hvorfor den nu hedder *forståelse for kostens betydning og baggrunden for kostinterventionen*. *Oplevelse af handlekompetence* er også bibeholdt, men den er specificeret, så den relateres til at *støtte patienterne i kostomlægning*. Iht. mekanismerne ses det, at de aktiveres, hvis strategien til understøttelse af kostinterventionen bliver implementeret i ph.d.-projektet, hvorimod utilsigtede konsekvenser kan forekomme, hvis den ikke implementeres, herunder fortsat *manglende understøttelse af kostinterventionen* og en ny i form af *modsatrettet vejledning*.

Det kortsigtede outcome er bibeholdt fra den indledende programteori, mens alle de langsigtede outcomes, *skabe strukturelle ændringer i praksis med mere fokus på ernæring og IFK, mindske medicinske- og indlæggelsesomkostninger, forbedret livskvalitet for patienter med CD og udbredelse af interventionen* er fjernet i den reviderede programteori, da disse ikke er bekræftet af analysen. Istedet er *øget tværfagligt samarbejde* blevet tilføjet.



Figur 12: Revideret programteori over strategi indeholdende fokuspunkter til understøttelse af kostinterventionen.

11.0 Diskussion

I dette afsnit vil metodiske valg og konsekvenser heraf blive diskuteret. Ydermere vil resultater fra den kritiske fortolkning blive diskuteret.

11.1 Metodediskussion

I dette afsnit vil valg af videnskabsteoretisk position og design samt de metodiske valg i relation til specialets datakilder diskuteres for at belyse deres betydning for specialets resultater.

11.1.1 Paradigme, videnskabsteori og design

Sammenhængen mellem forskningsspørgsmål og videnskabsteoretiske samt metodiske valg blev afsøgt med udgangspunkt i den interaktive model af Maxwell (2005) for at sikre validiteten af undersøgelsen. I det henseende vil der i det følgende diskuteres til- og fravalg i forbindelse med undersøgelsens paradigme, videnskabsteoretiske position samt design.

11.1.1.1 Forskningsparadigme og videnskabsteoretisk position

Jf. afsnit 6 bevæger dette speciale sig inden for det *fortolkningsvidenskabelige* paradigme, da forståelse for barrierer og facilitatorer på et nomotetisk og ideografisk plan blev afsøgt med henblik på at udvikle en strategi for imødekommelse af disse på et specifikt og generelt plan. Heraf blev der valgt en kritisk hermeneutisk tilgang, som gennem afsløring af forforståelser har et frigørende potentiale og dermed også et forandringspotentiale jf. afsnit 6.2.3. Det kan imidlertid anfægtes, at der i dette speciale blev kombineret to forskellige metodiske tilgange til dataanalyse, herunder en kvantitativ- og en kvalitativ analyse, hvormed undersøgelsen på analyseplan indeholdt elementer af både det *empiriske analytiske* samt det *fortolkningsvidenskabelige* paradigme (Launsø et al., 2017). Da metoderne til slut blev integreret i den kritiske fortolkning, hvorudfra strategien blev udviklet, kan der dog argumenteres for, at undersøgelsens overordnede formål om forståelse for barrierer og facilitatorer udsprang af denne, hvormed det overordnede forskningsparadigme vil være det *fortolkningsvidenskabelige* paradigme. Samme anfægtelse gælder i relation til den videnskabsteoretiske position, hvor der ligeledes på analyseplan forekom både *positivistiske* samt *hermeneutiske* positioner, men hvor den samlede forståelse blev opnået gennem en *kritisk fortolkning* ud fra både den kvantitative og kvalitative undersøgelse samt ud fra forskningslitteratur og teori. Heri ligger også argumentet for valg af *den kritiske hermeneutik*

frem for *den filosofiske hermeneutik*, idet den kritiske fortolkning initierer anvendelse af flere forskellige undersøgelser til opnåelse af forståelse, mens den ligeledes har til formål at identificere de barrierer, der kan stå i vejen for idealet (Juul & Bransholm Pedersen, 2012). Selvom både den filosofiske hermeneutik og den kritiske hermeneutik har et mål om *forståelse*, hvormed de begge kunne være anvendt, findes det kritiske og normative blik til sammenligning ikke inden for den filosofiske hermeneutik, hvormed den kritiske hermeneutik blev valgt set i lyset af specialet mål om forandringsskabelse. I valget af videnskabsteoretisk position ligger hermed også undersøgelsens muligheder og begrænsninger for at opnå viden om verden, hvor forforståelsen kan skabe muligheder bl.a. i relation til at kunne stille kvalificerede spørgsmål i relation til undersøgelsens formål (Fuglsang & Bitsch Olsen, 2004). Forforståelsen kan derimod også være en begrænsning, hvis en spørgeskemaundersøgelse blot bekræfter egne forforståelser (Launsø et al., 2017), hvormed dette muligvis har ført til, at vigtige pointer er blevet overset. I denne sammenhæng må det dog pointeres, at spørgeskemaundersøgelsen blev kvalificeret af en kvalitativ undersøgelse, og at nye elementer i programteorien blev fundet, herunder blandt *positiv italesættelse af kostinterventionen*. Dette kan derfor understøtte det videnskabsteoretiske valgs muligheder, herunder den *åbne* og *datastyrede* tilgang, men også valget om *metodetriangulering*, hvori grundigt forarbejde og *validering* gennem flere metoder har kunnet minimere bekræftelse af egne forforståelser.

I sammenhæng med de muligheder og begrænsninger, som forekommer i relation til valget af videnskabsteoretisk position, må det pointeres, at der indledningsvist forekom en drøftelse om valget af videnskabsteoretisk position. Her blev den kritiske hermeneutik valgt frem for bl.a. kritisk realisme grundet netop målet om en mere datastyret og åben tilgang. I dette speciale blev dette ønsket af ovennævnte grunde for, i den initierende kvalitative fase, at opnå forståelse for målgruppens oplevede barrierer og facilitatorer grundet den manglende viden på området jf. afsnit 2. Hermed kunne en fænomenologisk tilgang også være valgt, da denne tilgang i endnu højere grad er datastyret og eksplorativ (Juul & Bransholm Pedersen, 2012). Trods dette blev den fravalgt, da der specifikt søges efter barrierer og facilitatorer, hvor disse var undersøgt nærmere på generelt plan jf. afsnit 2. Hermeneutikkens mål om at kunne anvende viden og forforståelse ved at sætte det i spil for at kunne stille relevante spørgsmål opvejede derfor argumentet for en fænomenologisk tilgang.

11.1.1.2 Design og metodetriangulering

Som nævnt var hensynet til validering (Frederiksen, 2013) samt det nomotetiske og ideografiske vidensideal hovedårsager til valget af metodetriangulering. Ligeledes hang valget

af triangulering af forskellige metodiske tilgange sammen med valg af design, herunder casestudiet, idet et casestudie ofte håndterer situationer, hvor der vil være flere interessante variable end en enkelt dataindsamlingsmetode kan indfange. Det betyder, at casestudier ofte baseres på multiple datakilder ud fra principperne for triangulering (Antoft, 2013). Med afsæt heri blev der udvalgt relevante datakilder, som blev vurderet bedst muligt at kunne besvare problemformuleringen og belyse *the central subject problem* (Antoft, 2013), herunder barrierer og facilitatorer for understøttelse af interventionen blandt sundhedsprofessionelle i Danmark. I den sammenhæng kunne det også have været relevant at inddrage deltagerobservation og dermed et feltstudie-design for derigennem at opnå indsigt i, hvordan interaktionen mellem patienter og sundhedsprofessionelle foregår. Hermed kunne implicite holdninger blandt sundhedsprofessionelle være kommet til syne (Vallgård & Koch, 2011). Trods dette fremgik det af den kvalitative dataindsamling, at der ikke aktuelt fokuseres på kost i behandlingen af CD, hvorfor det ikke vurderedes at være aktuelt. Endvidere var interventionen fortsat ikke implementeret, hvorfor *the central subject problem* i mindre grad kunne udforskes. Specialet tog derfor udgangspunkt i *kvalitative* interviews og en *kvantitativ* spørgeskemaundersøgelse af hensyn til relevansen for problemformuleringen jf. afsnit 4.

Integrationen af disse metodiske tilgange blev derfor overvejet, hvor dette speciale integrerede de to metoder på et *teoretisk-, designmæssigt-, datamæssigt- metodemæssigt- og fortolkningsmæssigt* plan. I relation hertil må det påpeges, at der inden for metodetriangulering ofte tilstræbes et design, hvor *metodeintegration* undgås, således metoderne ikke gensidigt påvirker hinanden med henblik på at skabe adskilte datasæt, der først integreres i fortolkningen (Frederiksen, 2013). Det ville konkret have betydet, at de to dataindsamlinger skulle have forløbet parallelt, samt at resultater fra den ene undersøgelse ikke skulle være underlagt den anden. Da resultater fra den kvalitative undersøgelse blev anvendt til at opstille den kvantitative undersøgelse, blev metoderne i dette speciale integrerede. Dette blev jf. afsnit 9.1 gjort for at skabe mere detaljerede og præcise hypoteser, som den kvantitative undersøgelse kunne teste og nuancere, hvorfor hensynet til præcision blev vurderet at opveje hensynet til metodisk stringens grundet den manglede viden på området jf. afsnit 2.

11.1.2 Litteraturstudiet

I dette afsnit diskuteres de metodiske valg, som er taget i relation til litteraturstudiet jf. afsnit 9.2.

11.1.2.1 Databaser

I den indledende fase af den systematiske litteratursøgning blev der foretaget søgninger i seks forskellige databaser; Embase, MEDLINE, CINAHL, Scopus, PsycInfo og ProQuest, hvilket blev gjort med hensigten om at sikre *recall* i den samlede søgning og dermed sikre søgningens evne til at indfange mest mulig relevant litteratur (Frandsen et al., 2014). Databasen PubMed blev forinden den systematiske søgning ekskluderet, da studier i denne database er hentet fra databasen MEDLINE (National Library of Medicine, 2021). Trods dette kunne der være foretaget søgninger heri i den indledende fase med henblik på at sikre, at eventuelle relevante studier ikke ville blive ekskluderet. Det blev ikke gjort, da PubMed primært indeholder biomedicinsk litteratur (National Library of Medicine, 2021), hvorfor den ikke blev vurderet at være højaktuel i relation til dette forskningsfelt. Endvidere blev indledende søgninger foretaget i databasen MEDLINE, som PubMed også indeholder litteratur fra. Derudover blev søgningerne, som indledningsvis var foretaget i databaserne PsycInfo og ProQuest, fravalgt, da der ved søgning med to facetter, *sundhedsprofessionelles holdninger* og *kostinterventioner*, fremkom et begrænset antal relevante hits. Det var trods databasernes indhold af videnskabelig litteratur inden for humaniora, psykologi, social-, adfærds- og sundhedsvidenskab (APA PsycNet, 2022; ProQuest LLC, 2022). For at sikre at relevant litteratur ikke blev overset eller forbigået, blev der foretaget bredere søgninger ved anvendelse af flere søgetermer og dermed synonymmer under hver facet i disse databaser. Eftersom søgningerne ikke gav yderligere hits, blev det vurderet, at databaserne ikke var relevante i relation til at fremsøge relevante studier til besvarelse af specialets problemformulering. Grundet forekomsten af dubletter i de udvalgte databaser, kan der argumenteres for en samlet høj *recall* af søgningerne (Frandsen et al., 2014).

11.1.2.2 Antal facetter og søgninger på tværs af databaser

Den systematiske litteratursøgning blev foretaget ud fra hhv. to og tre facetter i de udvalgte databaser, hvormed der ses en diskrepans mellem antallet af inkluderede facetter, hvilket kompromitterer stringensen mellem søgningerne. Denne diskrepans og manglende stringens mellem søgningerne på tværs af databaserne ses ydermere, da der i databasen Embase blev foretaget både en søgning A og en søgning B. I den sammenhæng kan det pointeres, at søgningerne i Embase, med afsæt i det fastlagte inklusionskriterium *studier omhandlende barrierer og/eller facilitatorer* jf. afsnit 9.2.2.1, ikke blev afgrænset mere end søgningerne i de to andre databaser trods anvendelsen af en tredje facet i form af hhv. *barrierer* og *facilitatorer* samt en søgning A og B. Disse valg blev taget for at sikre, at søgningerne i Embase stemte

overens med de resterende søgninger i de andre databaser og dermed var dækkende for besvarelse af problemformuleringen. Uden en tredje facet fremkom omkring 1500 hits af søgningen med to facetter i Embase, hvorfor denne blev tilføjet med henblik på at øge præcisionen af søgningerne i databasen.

Ud over ovenstående blev det forsøgt at øge præcisionen i søgningerne ved at inkludere hhv. en tredje og fjerde facet i søgningerne indeholdende søgeord relateret til IBD. Ved inklusion heraf blev antallet af fremsøgte studier afgrænset betydeligt ved søgningerne i alle databaser, hvormed *recall* i søgningerne blev mindsket. Ydermere var de fremsøgte studier efter tilføjelse af disse facetter af lav relevans i relation til besvarelse af problemformuleringen. For ikke at overse relevant litteratur blev tilføjelse af disse facetter derfor udeladt i alle søgninger. Eftersom der heller ikke fremgik eller blev udvalgt studier omhandlende patienter med IBD af de foretagne systematiske søgninger, kan det tyde på, at der er et videnshul på området. Med afsæt heri blev patienter med inklusionskriteriet *overførbare kroniske sygdomme til CD* inkluderet jf. afsnit 9.2.2.1, hvormed der kan stilles spørgsmålstejn ved, om de udvalgte studiers resultater kan generaliseres og overføres til CD-patienter. På trods heraf blev resultaterne fra studierne vurderet anvendelige jf. argumenterne fremlagt i afsnit 10.1.2.

11.1.2.3 Søgetermer under facetten *sundhedsprofessionelles holdninger*

Inden bloksøgningen blev relevante søgetermer under hver facet identificeret gennem indledende søgninger i de udvalgte databaser. Under facetten *sundhedsprofessionelles holdninger* blev der til start søgt på søgetermen *health care personnel* i databasen Embase, hvilket mindskede *præcisionen* i søgningen. På baggrund heraf blev denne søgeterm derfor fravalgt. Gennemgående blev søgetermer, som kun refererede til sundhedsprofessionelle og ikke deres holdninger samt meninger til kostinterventioner, derfor fravalgt. Med henblik på at afgrænse søgningerne til de sundhedsprofessionelles holdninger blev ord som *attitude* og *beliefs* tilføjet til bl.a. ord som *health care* eller *health personnel* på tværs af alle databaser (bilag A, B, C). Dette blev gjort for at sikre overensstemmelse mellem søgningerne og specialets problemformulering jf. afsnit 4, idet søgningerne hermed blev indsnævret, og *præcisionen* blev øget. Herved kunne muligt relevant litteratur være blevet ekskluderet fra søgningerne, hvis studierne ikke indeholdt disse søgetermer. I databaserne Scopus og CINAHL blev der kun anvendt fritekstsøgninger, hvilket udbreder søgningerne (Lund et al., 2014) og dermed kan udgøre et argument for, at andet relevant litteratur ikke blev ekskluderet. I databasen Embase blev der derimod kun anvendt et fritekst-søgeterm i form af *health personnel*

attitude, som ligeledes blev søgt på som kontrolleret emneord (bilag A). I denne sammenhæng kunne det have været aktuelt at søge på synonymer til ordet *attitude* såsom *perspective*, *viewpoint* eller *opinion*, der kunne have indgået som mulige fritekst-søgetermer med henblik på at sikre tilstrækkeligt *recall* af søgningerne i denne database. Et yderligere argument herfor kan være, at der af de samlede søgninger i Embase kun fremkom hhv. 203 hits af søgning A og 50 hits af søgning B (bilag A). Søgningerne kunne dermed godt have været bredere. Som følge af dette argument kan der endvidere argumenteres for, at søgningen i CINAHL ligeledes kunne være bredt mere ud med flere fritekst-søgetermer, idet der kun fremkom 182 hits af denne søgning (bilag B).

11.1.2.4 In- og eksklusionskriterier

Jf. afsnit 9.2.2.1 var et eksklusionskriterium *studier omhandlende kostinterventioner til indlagte patienter og beboere på bosteder*. Gennem selektionsprocessen blev en del studier fravalgt på dette kriterium, da flere af studierne omhandlede sundhedsprofessionelles holdninger til kostinterventioner til patienter, som var indlagt på sengeafsnit i hospitalsregi. Kriteriet blev opstillet for at sikre overførbare mellem fremsøgte studiers resultater og konteksten for denne undersøgelse. Det tyder derimod på, ud fra de frasorterede studier, at sundhedsprofessionelle oplever barrierer og facilitatorer i relation til kostinterventioner i andre kontekster, hvorfor inddragelse heraf muligvis kunne have bidraget yderligere til analysen. Derimod ville de fundne barrierer og facilitatorer ved inklusion af studier omhandlende patienter i andre kontekster ikke nødvendigvis være overførbare til den aktuelle kontekst, hvorfor eksklusionskriteriet blev fastholdt.

11.1.3 Kvalitativ metode

I dette afsnit diskuteres de metodiske valg, herunder rekrutteringsstrategi, dataindsamlingsmetode og analysestrategi, som er taget i relation til den kvalitative undersøgelse jf. afsnit 9.3. Dette diskuteres med afsæt i Maxwells interaktive model og kvalitetskriterier for kvalitative undersøgelser, som involverer *stringens*, *troværdighed*, *refleksivitet*, *relevans* og *triangulering* (Kitto et al., 2008).

11.1.3.1 Målgruppe og rekruttering

Rekruttering af informanter skete gennem en *formålsrettet* rekrutteringsstrategi for at opnå informationsrig viden om den pågældende målgruppe (Kvale & Brinkmann, 2015). Denne målgruppe blev valgt for at inddrage de læger og sygeplejersker, som omgik og behandlede

CD-patienter i biologisk behandling, hvormed de besad den *relevante* viden til at undersøge forskningsfeltet og udvikle en strategi. Endvidere blev der *reflekteret* over, hvorvidt diætister skulle indgå i rekrutteringen, eftersom de besidder relevante kompetencer til at vejlede i kost og har den relevante faglige viden inden for sammensætning af kost og ernæring som følge af deres uddannelsesmæssige baggrund (Dash et al., 2020; Boocock et al., 2021). Trods dette blev diætister ikke rekrutteret, da de ikke har en daglig gang i de medicinske mave-tarm ambulatorier, hvormed de blev vurderet ikke at være relevante for dataindsamlingen. Af de kvalitative interviews jf. afsnit 10.2 fremgik det ydermere, at et tilsyn hos en diætist kræver en henvisning fra en læge, hvilket ofte kun udarbejdes i forbindelse med opstart af sondeernæring, som ikke er aktuelt for patienter, der deltager i kostinterventionen (Bergmann, 2022). Derimod fremgik det også jf. afsnit 10.2, at et øget tværfagligt samarbejde efterspørges, hvorfor det kunne have været relevant at inddrage diætister med henblik på udviklingen af strategien til understøttelse af lignende fremtidige interventioner. Ligeledes ville det også have skabt øget metodisk *stringens* mellem den kvalitative og kvantitative undersøgelse. Da denne viden først opstod efter endt kvalitativ dataindsamling, var det dog ikke muligt at rekruttere samt udvikle en interviewguide målrettet diætister. *Relevans* for specialets strategi samt refleksion over *vidensinteressen* blev derfor vurderet højere end *stringens*, efter denne viden var kendt, gennem valget om at inkludere diætister i den kvantitative undersøgelse, hvilket kan have haft indflydelse på troværdigheden af resultaterne jf. afsnit 11.1.4.

11.1.3.2 Kritisk hermeneutiske interviews

Med afsæt i det videnskabsteoretiske ståsted jf. afsnit 6 blev der udført kritisk hermeneutiske interviews for at sikre sammenhæng i den kvalitative undersøgelse. I interviewguiden og dataindsamlingen blev der med afsæt heri tilstræbt en abduktiv tilgang, der havde en eksplorativ tilgang for at afsøge barrierer og facilitatorer, hvilket kom til udtryk gennem åbne stillede spørgsmål, jf. afsnit 9.3. Interviewguiden var derimod også opbygget ud fra specialegruppens forforståelse, beskrevet jf. afsnit 6.2.2, vedrørende hvilke barrierer og facilitatorer, der kunne være gældende i denne kontekst, men som skulle afsøges nærmere. I den sammenhæng blev der foretaget en parallel dataindsamling, hvor denne specialegruppe udarbejdede den individuelle interviewguide, mens en partnergruppe udarbejdede interviewguiden til fokusgruppeinterviewene. På trods af overensstemmelse mellem gruppernes problemformuleringer og videnskabsteoretiske ståsteder kan der grundet variation i forforståelser være forekommet implikationer ift. den metodiske *stringens* i relation til dataindsamlingen. Dette kan være en implikation, da forforståelsen jf. afsnit 6.2.2 er

udgangspunkt for erkendelsen, hvormed dataindsamlingen potentielt kan være gået i forskellige retninger gennem forskellige erkendelser (Juul & Bransholm Pedersen, 2012). Risikoen herfor blev forsøgt mindsket gennem et initierende møde mellem grupperne forinden dataindsamlingen, hvor forforståelser og metodiske tilgange blev drøftet gennem *refleksion* over egen indflydelse på dataindsamlingen. Det var også en del af de *fire metodiske principper for udfordring af forforståelsen*, som blev benyttet, hvor det første princip omhandler bevidstgørelse af egen forforståelse, mens det andet princip omhandler at sætte forforståelsen i spil ved at drøfte den på møder (Dahlager & Fredslund, 2007). Ydermere blev der under dataindsamlingen som det tredje princip, beskrevet jf. afsnit 9.3, forsøgt at *sætte sig i informanternes sted* til opnåelse af forståelse. Det blev gjort gennem det fjerde princip om spørgsmålenes struktur, hvor en *åben tilgang* er fundamental for opnåelse af forståelse, mens spørgsmål med baggrund i indledende baggrundsviden kan være med til at skabe retning for den viden, som fremkommer i interviewene (Dahlager & Fredslund, 2007). Disse principper blev fulgt for at sikre sammenhæng samt kvalitet i dataindsamlingen (Kvale & Brinkmann, 2015). Herunder muliggjorde balancegangen mellem de åbne og verificerede spørgsmål bl.a. mange spontane og fyldestgørende beskrivelser, men samtidigt specifikke og relevante svar i relation til specialets problemformulering. Ligeledes gjorde anvendelsen af *probing* spørgsmål det muligt for intervieweren at forfølge afklaringer og meninger med informanternes svar og udsagn, hvorfor fortolkninger blev søgt afklaret eller verificeret undervejs (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette kan derfor samlet set bidrage til *troværdighed* og *relevans* af resultaterne jf. kvalitetskriterierne af (Kitto et al., 2008), da resultaterne med større sandsynlighed repræsenterer informanternes synspunkter og samtidig repræsenterer relevante synspunkter i relation til forskningsfeltet.

11.1.3.3 Troværdighed og analytisk generaliserbarhed af resultater

Af hensyn til sikring af *stringens* i den kvalitative undersøgelse blev en kritisk hermeneutisk analysestrategi valgt med afsæt i det videnskabsteoretiske ståsted. I den sammenhæng blev der i strukturanalysen søgt at opnå *troværdighed* gennem en meningsfuld og sammenhængende præsentation af analysens resultater for at skabe indsigt i problemfeltet (Gildberg & Hounsgaard, 2018). Dette blev understøttet af en transparent tilgang, hvor resultater fra strukturanalysen blev visualiseret med en præsentation af et eksempel på den analytiske tilgang, jf. afsnit 9.3.4. Endvidere blev fundne temaer begrundet med afsæt i udtalelser, der kunne findes i hele eller dele af datamateriale (Kitto et al., 2008). Det må påpeges, at der inden for de enkelte temaer forekom variation i udbredelsen og understøttelsen af de analytiske

pointer. For eksempel var baggrundsinformationer om kostinterventionen som facilitator bredt understøttet på tværs af informanternes udtalelser, der indeholdt fyldige beskrivelser heraf, mens tid som barriere blev understøttet af nogle sundhedsprofessionelle og dermed ikke af alle, samt med mindre fyldestgørende forklaringer. Den *analytiske generaliserbarhed* af resultaterne var derfor varierende afhængigt af den enkelte barriere og facilitator, hvilket leder hen til det sidste kvalitetskriterie vedrørende *triangulering* af metodiske tilgange (Kitto et al., 2008), som blev anvendt til validering af disse resultater. Med afsæt heri blev der efterfølgende udarbejdet en spørgeskemaundersøgelse for at kunne opstille hypoteser på baggrund af den kvalitative undersøgelse, som kunne testes i en statistisk analyse. Endvidere blev der taget højde for etiske overvejelser i præsentationen af de analytiske resultater gennem pseudonymisering, så udsagn ikke vil kunne ledes tilbage til informanten (Kvale & Brinkmann, 2009).

11.1.4 Kvantitativ metode

I dette afsnit diskuteres de metodiske valg, som er taget i relation til spørgeskemaundersøgelsen jf. afsnit 9.4.

11.1.4.1 Rekrutteringsstrategi

Der blev anvendt en *formålsrettet rekrutteringsstrategi*, hvor relevant netværk fra bl.a. den kvalitative undersøgelse blev brugt til distribuering af spørgeskemaet og dermed rekruttering af informanter. Rekrutteringsstrategien blev dermed kombineret med en *snowball* tilgang, hvor informanter opstod via informanter (Kvale & Brinkmann, 2015). Disse tilgange blev valgt for at nå så vidt omkring som muligt inden for målgruppen, da denne er relativt snævert. Ligeledes blev denne valgt, da det grundet GDPR-regler ikke er muligt at finde oplysninger på de ansatte på de respektive mave-tarm ambulatorier. Idéelt set kunne der have været anvendt en *repræsentativ rekrutteringsstrategi*, som er baseret på et ønske om at inddrage informanter, der er typiske eller almindelige for målgruppen, hvilket muligvis kunne øge repræsentativiteten og dermed resultaternes generaliserbarhed (Pedersen et al., 2020). Denne strategi kræver modsat et stort fagligt netværk inden for målgruppen, hvorfor det i større grad ville være nødvendigt at anvende *gatekeepers* på de relevante afdelinger.

Den anvendte rekrutteringsstrategi kunne endvidere have været mere målrettet rekruttering af diætister, som jf. afsnit 11.1.3.1 kræver en henvisning for patienterne at komme til. Ydermere har de jf. de kvalitative interviews ikke en daglig gang i de medicinske mave-tarm ambulatorier,

hvorfor de med stor sandsynlighed ikke indgår i det netværk, som er anvendt til at rekruttere informanter. Det ses også, idet kun 15,4% af informanterne er diætister. Med fordel kunne der derfor være taget kontakt til relevante kontaktpersoner i form af *gatekeepers*, som kunne distribuere spørgeskemaet til denne del af målgruppen. Det kræver derimod også et stort fagligt netværk eller et større opsøgende arbejde gennem eksisterende netværk grundet den manglende mulighed for at anvende internettet til at fremsøge informationer grundet GDPR-regler.

11.1.4.2 Spørgeskemaets validitet og reliabilitet

Data i den statistiske analyse blev indsamlet fra et selvudviklet spørgeskema, hvilket blev anset som værende hensigtsmæssigt, da der ikke fandtes et spørgeskema rettet mod dette forskningsfelt (Kristensen & Sigmund, 2007). Oftest er det tids- og ressourcekrævende at udvikle et spørgeskema, idet der skal tages højde for, at der kan opstå systematiske og tilfældige bias, herunder informations- og selektionsbias (Launsø et al., 2017). For at mindske risikoen herfor blev der tidligt udført kvalitative pilottests med relevante testpersoner, hvilket skulle bidrage til at sikre, at spørgsmålene og svarkategorierne på den udarbejdede likert-skala var sammenhængende, udtømmende, logiske og gensidigt udelukkende (Rattray & Jones, 2007). Eftersom spørgeskemaet blev udviklet fra ny, var det væsentligt, at det blev testet grundigt inden brug (Rattray & Jones, 2007). Heraf kunne det have været aktuelt at teste det på både læger, sygeplejersker og diætister, som udgjorde målgruppen, da de antages at have specifik viden om forskningsfeltet, hvormed de formentlig kunne have bidraget med flere detaljerede rettelser eller tilføjelser i relation til indholdet i spørgeskemaet. Derimod validerede fire andre sundhedsprofessionelle spørgeskemaet, hvoraf en var sygeplejerske, som arbejder på et mave-tarm afsnit i hospitalsregi, hvorfor hun var en del af den specifikke målgruppe. Det ville særligt også have været relevant at teste spørgeskemaet på diætister, da de var inkluderet i undersøgelsen, trods at de ikke indgik i den kvalitative undersøgelse, hvormed spørgeskemaet blev udviklet pba. af udtalelser fra læger og sygeplejersker. Manglende pilottests på diætister kan have haft betydning for deres forståelse af spørgsmålene og deres vurdering af spørgsmålenes relevans, hvilket kan påvirke validiteten af deres svar. Gennem en kvalitativ validering kunne der tages højde herfor, hvormed deres eventuelle rettelser og tilføjelser kunne være blevet implementeret, inden spørgeskemaet blev sendt ud.

Der blev anvendt fem svarkategorier i det endelige spørgeskema (bilag H), men der kunne også være gjort brug af syv eller 11 svarkategorier (Rattray & Jones, 2007). Det blev fravalgt med afsæt i de kvalitative valideringer, hvor det blev klarlagt, at fem kategorier var mere

overskueligt. Foruden kvalitative valideringer kunne spørgeskemaet være blevet valideret ved en *faktoranalyse*, hvor den statistiske validitet ville vurderes iht. items. Denne analyse kunne dermed vurdere, om der var spørgsmål, som kunne undlades (Bjørner et al., 1997), hvilket kunne sikre spørgeskemaets konstruktionsvaliditet¹⁰ (Rattray & Jones, 2007). Det ville ydermere have været relevant, da flere informanter faldt fra undervejs i besvarelsen af spørgeskemaet, jf. *figur 10* i afsnit 10.3.1. Endvidere kunne der være foretaget en *Cronbachs Alpha test*, som tester typen af spørgsmål, det anvendte sprog og rangering af items for at mindske bias iht. svar (Bland & Altman, 1997), hvormed testen kunne bidrage til at klarlægge validiteten i hver situation og vurdere reliabiliteten per dimension, herunder om et item ikke bidragede hensigtsmæssigt til skalaen (Bland & Altman, 1997). Dette havde været relevant, da spørgeskemaet foruden likert-skalaen indeholder svarkategorien *ved ikke* (bilag H), hvilket er et item, der kan være forstyrrende for andre items. En statistisk validering som denne er derimod både omfattende og tidskrævende (Bjørner et al., 1997), hvorfor den, grundet tidsrammen, ikke var mulig at gennemføre. Det havde derfor været relevant at anvende et allerede udviklet og valideret spørgeskema, hvis det var tilgængeligt.

Ved ikke svarkategorien blev inddraget, da eksklusion heraf kunne tvinge informanterne til at vælge en svarmulighed (Kristensen & Sigmund, 2007), selvom de ikke havde en holdning til indholdet i spørgsmålene, hvilket blev påpeget af den kvalitative validering som værende væsentligt. Trods dette kunne eksklusion heraf have øget sandsynligheden for, at informanterne ville tage stilling til indholdet i spørgsmålene, hvormed antallet af brugbare besvarelser til den statistiske analyse ville øges. Grundet en snæver målgruppe og få besvarelser kunne det muligvis have mindsket den statistiske usikkerhed ved analysen. Endvidere er det muligt at argumentere for, at den neutrale svarkategori, som er kendetegnende for en likert-skala, kan have samme funktion som *ved ikke* kategorien, da den har til formål at undgå at tvinge informanten til at have en holdning til et givent spørgsmål (Rattray & Jones, 2007). Den anvendte midterkategori kan derimod antages ikke at være neutral, da den hed *i nogen grad* og ikke eksempelvis *hverken eller*. Hvis *ved ikke* kategorien skulle udelukkes, skulle der derfor være gjort brug af en mere neutral midterkategori.

¹⁰ Konstruktionsvaliditet refererer til, om de svar, som indhentes, kan siges at repræsentere “den latente variabel”, dvs. den underliggende tilstand, som det egentlig ønskes at undersøge (Aadahl, 2003).

11.1.4.4 Statistisk usikkerhed

Flere elementer iht. valg og datahåndtering kan være forbundet med statistisk usikkerhed (Kirkwood et al., 2003), herunder frafald, da en stikprøve skal udgøre omkring 20% af målgruppen for, at der kan drages konklusioner heraf (Launsø et al., 2017). Af frafaldsanalysen jf. afsnit 9.4.5 fremgik frafald relateret til spørgsmål omhandlende barrierer og facilitatorer, mens de ikke fremgik i forbindelse med de demografiske spørgsmål samt det indledende- og det sidste casespørgsmål (bilag H). Frafaldsanalysen burde have inkluderet alle spørgsmål i spørgeskemaet for at kunne vurdere frafaldet fra start til slut i undersøgelsen, da flere af de demografiske spørgsmål, som kommer til sidst, også indgår i de logistiske regressionsanalyser. Analysen giver dermed ikke et klart billede af frafald i undersøgelsen og den statistiske usikkerhed, der kan være forbundet hermed. Trods dette blev det ikke gjort, da det ikke blev vurderet relevant ift. at beslutte, hvordan missing værdier skulle håndteres. Af *bilag K* fremgår det derimod, at der kun er en enkelt informant, som er faldet fra i overgangen til de demografiske spørgsmål, hvorfor det ikke vurderes at have en betydning. Endvidere vides det ikke, hvor mange sundhedsprofessionelle, der samlet set er ansat på medicinske mave-tarm ambulatorier, hvor der gives biologisk behandling grundet GDPR-regler (Sundhedsdatastyrelsen, 2016), hvorfor repræsentativiteten af stikprøven er vanskelig at vurdere i lighed med den statistiske usikkerhed.

Håndtering af udfaldsvariable kan ligeledes være forbundet med statistisk usikkerhed, idet disse variable er dikotomiseret ud fra fem svarkategorier. Det kan forårsage, at subjektive aspekter udebliver og den reelle effekt ift., hvad informanterne svarer i de fem kategorier, ikke bliver fremlagt af analyserne. Ydermere er det en vurderingssag, hvilken af de to dikotomiserede kategorier, som den neutrale midterkategori *i nogen grad* skal tilhøre. Denne vurdering kan påvirke resultaterne i form af tab af *power*, som kan medføre en øget risiko for type-1 fejl i form af falske positive resultater afhængigt af, hvor mange der anvender den neutrale kategori, og hvilket udfald der er af interesse (Kirkwood et al., 2003). Ovenstående kan øge den statistiske usikkerhed, hvis valgene er baseret på interesse frem for et statistisk valideret grundlag. Valget vedrørende dikotomisering blev derfor taget med afsæt i videnskabelig litteratur jf. afsnit 9.4.5, hvormed den statistiske usikkerhed blev mindsket. Foruden dette er eksponeringsvariablen i MH-analyserne kun stratificeret i to grupper sammen med de mulige effektmodifikatorer. Det valg blev taget grundet med lille stikprøve, da stratificering på tre grupper vil forårsage en større statistisk usikkerhed grundet flere strata.

Ved de logistiske regressionsanalyser er eksponeringen derimod delt op i tre grupper efter profession, da denne analyse skulle nuancere forskellen mellem at være sygeplejerske, læge eller diætist og de givne udfaldsvariable. Den statistiske usikkerhed øges dermed, da opdelingen i flere grupper i en lille stikprøve giver mindre data at analysere på. Dette ses også, da flere af konfidensintervallerne ses at være forholdsvis brede jf. *tabel 12* i afsnit 10.3.2. Det havde derfor været optimalt, hvis flere informanter indgik i undersøgelsen.

Jf. afsnit 9.4.5 blev der gjort brug af MCAR til håndtering af *ved ikke* kategorien, hvormed disse besvarelser er ekskluderet fra analysen. En forudsætning for at anse missing værdier som MCAR er, at værdierne skal være forskelligt og tilfældigt fordelt (Buuren, 2018), hvilket blev bekræftet af frafaldsanalysen. I analysen er metoden *available-case* jf. afsnit 10.3.1 derfor anvendt, hvor det kun er specifikke missing værdier, som fjernes. Fordelen herved er, at data, som kan inddrages og analyseres, indgår i analyserne. Derimod kan der ske grupperinger af informanterne. Alle andre missing værdier blev ligeledes håndteret som *available-cases*, hvilket ikke blev bekræftet af frafaldsanalysen, hvorfor det kan diskuteres, hvorvidt denne håndtering var korrekt. Der kunne være gjort brug af missing not at random (MNAR), hvor missing værdierne kan variere grundet ukendte faktorer, hvor der opstilles “hvad-hvis” og “i-værste-fald” scenarier, hvorved sensitiviteten af analysen vil blive tilgået (Buuren, 2018). Men da det ikke vides, hvad deltagerne, der påbegyndte spørgeskemaet, ville have svaret på de pågældende spørgsmål, blev der gjort brug af MCAR for dermed at undgå at manipulere data. MCAR blev derfor anset som den mest relevante metode til håndtering, da det ikke ud fra data har været muligt at foretage estimerede antagelser om, hvad der kan ligge til grund for missing værdierne. Foruden dette kan det diskuteres, hvorvidt *ved ikke* kategorien skulle være behandlet som missing værdier, da det kan tolkes som et svar på spørgsmålet. For at imødekomme dette kunne der i stedet være anvendt en *ønsker ikke at svare* kategori, som eksplicit indikerer, at der ikke er tale om et svar på spørgsmålet. Trods dette blev *ved ikke* kategorien behandlet som missing, idet den ikke var mulig at dikotomisere i kategorierne *i lav grad* eller *i høj grad*.

11.2 Resultatdiskussion

Resultater fra den kritiske fortolkning vil i dette afsnit diskuteres ved brug af teori og videnskabelig litteratur for at nuancere disse.

11.2.1 Resultaternes relevans

Dette speciale har haft til formål at undersøge hvilke barrierer og facilitatorer for understøttelse af kostinterventionen til CD-patienter, der forekommer og opleves blandt sundhedsprofessionelle, samt hvordan de kan imødekommes. Fundne barrierer omhandler med afsæt i den reviderede programteori *vidensgrundlag, tidsmæssige ressourcer, personlige holdninger til IFK, organisationskultur samt sundhedsprofessionelles profession og anciennitet*, mens facilitatorer vedrører positive *reaktioner på patienternes oplevelser* samt *tværfagligt samarbejde*. Heraf vedrører strategiske fokuspunkter til at imødekomme disse *fremme viden om IFK og kostinterventionen, positiv italesættelse af kostinterventionen* samt *øget tværfagligt samarbejde*. Ses specialets resultater i relation til resultater fra lignende studier omhandlende barrierer og facilitatorer for ernæringsvejledning blandt sundhedsprofessionelle inden for en anden kontekst, er der overensstemmelse herimellem. Ifølge studiet af O'Connell et al. (2018), som har undersøgt barrierer for ernæringsvejledning på et sengeafsnit i hospitalsregi, bunder disse i manglende viden blandt sygeplejersker, manglende tværfagligt samarbejde, konkurrerende prioriteter mellem medicinsk og ernæringsmæssig behandling samt strukturelle udfordringer som knappe ressourcer. Endvidere bekræftes fokuspunkter for strategien, idet der ses et behov for uddannelse i ernæring blandt sygeplejersker samt organisatoriske ændringer for at understøtte dette. Det understøttes også af et norsk studie Eide et al. (2015), som har fokus på målgruppen ældre medicinske patienter, idet studiet har fundet, at ernæringsvejledning er hæmmet af hospitalsstrukturen, holdninger til samt prioritering af ernæringsvejledning, kompetenceniveauet blandt sygeplejersker inden for ernæringsvejledning samt oplevelsen af at stå alene med denne opgave blandt sygeplejerskerne. Fundne barrierer og facilitatorer i dette speciale ses dermed at gå igen i andre kontekster og studier, hvilket understreger relevansen af resultaterne. De fundne barrierer og facilitatorer, som indgår og forsøges imødekommet i den udviklede strategi, findes på baggrund heraf essentielle at tage højde for, hvorfor de strategiske fokuspunkter vil diskuteres nærmere herunder.

11.2.2 Viden og positiv italesættelse som facilitator for understøttelse

Viden om IFK til CD-patienter er et fokuspunkt i strategien, da det af den kritiske fortolkning bekræftes at være essentielt for at understøtte CD-patienter i kostomlægning til IFK. Ifølge sociologen Anthony Giddens er sikker viden særligt relevant i et moderne samfund, hvor tvivl er et gennemgående træk ved den moderne kritiske fornuft (Giddens, 1996). Han beskriver, at *“al viden [må] have hypotesens form: Påstande kan meget vel være sande, men de er*

principielt altid åbne for revision og må muligvis forkastes på et senere tidspunkt” (Giddens, 1996, s. 11), hvilket understøtter strategiens fokus på, at manglende viden samt tvivl og skepsis over for interventionen bør imødekommes gennem vidensdeling og positiv italesættelse af dens bidrag til vidensproduktion. Vidensdeling kan potentielt også imødekomme de forskellige *kulturelle kapitaler*, der kan være blandt sundhedsprofessionelle. Det taler ydermere ind i en overordnet problematik, som involverer behandling versus forebyggelse som to forskellige *felter* inden for sundhedsfeltet, hvor eksisterende forskning har fundet, at det generelt er udfordrende at reorientere sundhedsvæsenet mod sundhedsfremme og forebyggelse (Kardakis et al., 2014). Dette kan med afsæt i Kleinmans teori (Kleinman, 1981a) skyldes, at fagpersoner inden for den professionelle sektor er styret af en *biomedicinsk tilgang*, og dermed ikke af en sundhedsfremmende- og forebyggende tilgang, hvilket Timm kalder for en *medikalisering* af samfundet (Timm, 1997). At dette kan være svært at ændre, kan skyldes læger og sygeplejerskers *habitus*, der er præget af deres *kulturelle kapital*, som de har oparbejdet gennem bl.a. deres uddannelse. Vidensdeling inden for *forebyggende* kostinterventioner som IFK kan derfor potentielt imødekomme dette. Der må trods dette sættes spørgsmålstejn ved, om de vidensdelende forslag i form af et informationsmøde med undervisning og uddeling af skriftligt informationsmateriale er nok til, at de sundhedsprofessionelle føler, at de kan understøtte patienter i kostomlægning. Ifølge MRC-modellen bør disse forslag derfor testes og evalueres i praksis for at se, om de har en positiv indvirkning på understøttelse af kostinterventionen, inden de kan implementeres eller udbredes til andre kontekster (Skivington et al., 2021). Det er essentielt, da der inden for specialets erkendelse ikke tidligere er udviklet en lignende strategi, som er direkte overførbart til denne kontekst, eller som er testet inden for en lignende kontekst. Et eksperimentelt follow-up studie har derimod undersøgt effekten af et 16-ugers undervisningsforløb i ernæring samt et to ugers forløb med praktiske læringserfaringer, hvor studiet fandt, at forløbet kan være gavnligt iht. at øge sundhedsprofessionelles viden om ernæring og selvtillid til at vejlede heri. Ydermere fandt studiet, at det potentielt kunne forbedre sundhedsprofessionelles holdninger til ernæring i behandlingen (Santella et al., 2020). Set i lyset af konteksten, i form af de tidsmæssige ressourcer blandt sundhedsprofessionelle, vurderes et sådant forløb dog at være problematisk at overføre og implementere under de nuværende omstændigheder, hvorfor strategiudviklingen primært har taget afsæt i specialets datakilder og teoretiske overvejelser. Det understreger derfor væsentligheden i at pilotteste, om strategiens fokuspunkt for viden og dermed læring er gennemførbare og effektive. Udover at bidrage til understøttelse af kostinterventionen kan viden bidrage til evidens på et område, hvor der forekommer et videnshul jf. afsnit 2, men samtidigt indikeres et forandringspotentiale.

11.2.3 Øget tværfagligt samarbejde i fokus

Det fremgår af strategien, at et langsigtet fokuspunkt bør være et øget tværfagligt samarbejde, da det ifølge flere sundhedsprofessionelle kan føre til bedre understøttelse af CD-patienter i kostomlægning. Det underbygges ydermere af, at diætister fremgår som værende en underudnyttet ressource, som i højere grad vurderer at have den nødvendige viden inden for området og i lavere grad vurderer ikke at have tid til at understøtte patienterne. Det kan derfor anfægtes, at øget tværfagligt samarbejde burde være et kortsigtet mål for strategien. Herved kræver det flere strukturelle ændringer, som ifølge organisationspsykologen Harold Leavitt udgør både ledelsesmæssig opbakning samt ændringer i arbejdsprocedurer og arbejdsroller (Ry Nielsen & Ry, 2002). Yderligere bør sådanne ændringer jf. MRC-modellen i afsnit 5 pilottestes og evalueres for at afdække gennemførlighed, effekter samt mulige utilsigtede konsekvenser, før ændringer implementeres i fuld skala (Skivington et al., 2021). Det vil dermed kræve tid, før sådanne ændringer kan blive implementeret, hvorfor et langsigtet mål om øget tværfagligt samarbejde er mere realistisk. Dette understreges også af, at diætister på nuværende tidspunkt ikke har deres daglige gang i ambulatorierne, hvorfor det indledningsvist i pilottestene vil skulle undersøges hvilke konkrete mål, der skulle være for samarbejdet både i relation til ønskede effekter, men også af økonomisk- og processuel art (Skivington et al., 2021). Det skyldes, at strukturelle ændringer kræver sundhedsøkonomiske ressourcer og dermed prioritering af sundhedsomkostninger i relation til behandling (Drummond et al., 2015), hvorfor en sundhedsøkonomisk evaluering også vil være relevant at udføre for at sikre, at ændringen fører til bedre ressourceudnyttelse (Skivington et al., 2021). Dette vil ligeledes kunne lette prioriterings- og beslutningsprocessen på ledelsesniveauet som følge af pilotstudiet. Ligeledes bør der sættes mål for, hvordan et øget tværfagligt samarbejde skal udspille sig, hvorefter der bør foretages en procesevaluering af, hvordan det reelt set udspiller sig (Skivington et al., 2021). Her er der i strategien en opmærksomhed på, at det tværfaglige samarbejde har intern opbakning fra de involverede frontmedarbejdere, hvorfor et fælles vidensgrundlag og gensidig respekt pointeres som væsentligt. Det bakkes op af forsker, inden for betydningen af tværfagligt samarbejde i komplekse organisationer, Jody Hoffer Gittells teori om *relationel koordinering*. Gittell pointerer vigtigheden af fælles mål, delt viden, hyppig kommunikation og gensidig respekt for et succesfuldt tværfagligt samarbejde (Gittell, 2012). Disse elementer bør derfor indtænkes i et fremtidigt pilotstudie for testning af betydningen af et øget tværfagligt samarbejde mellem professioner i relation til behandling af CD-patienter. Lignende initiativer og tiltag ift. tværfagligt samarbejde er dog afprøvet inden for en dansk

kontekst, men målrettet andre målgrupper for at sikre det tværfaglige samarbejde. *TværSam* pilotprojektet fra 2018-2019 i Region H havde til formål at udvikle og afprøve en tværfaglig organisatorisk ramme for vidensdeling med henblik på at sikre bedre udnyttelse af eksisterende ressourcer. Her byggede den teoretiske referenceramme på Gittels teori om *relationel koordinering*, hvor de foreløbige konklusioner var, at gode relationer, fælles mål, vidensdeling samt nye samarbejdsformer er essentielle for et godt samarbejde, som danner rammen for gode patientforløb (Saxild et al., 2018; Saxild et al., 2021). Noget tyder derfor på, at der er et forandringspotentiale ved at øge det tværfaglige samarbejde. Trods dette bør det stadig undersøges nærmere, hvordan det konkret skal udforme sig gennem inddragelse af både frontmedarbejdere og ledelse.

12.0 Konklusion

Formålet med dette speciale har været at undersøge, hvilke barrierer og facilitatorer for understøttelse af CD-patienter i kostomlægning til IFK som forekommer og opleves blandt sundhedsprofessionelle i Danmark, der administrerer biologisk medicin. Ligeledes har specialet haft til formål at udvikle en strategi for, hvordan disse kan imødekommes både i ph.d.-projektet, som specialet tager afsæt i, og lignende fremtidige interventioner. Fundne barrierer involverer *vidensgrundlag*, *tidsmæssige ressourcer* på afdelingen og *personlige holdninger* til IFK som komplementær behandling til CD-patienter. Ligeledes kan *reaktioner på patienternes oplevelser*, variationer i *organisationskultur* samt *sundhedsprofessionelles profession og anciennitet* være afgørende for, om sundhedsprofessionelle understøtter kostinterventionen, da de kan agere både barrierer og facilitatorer. Af facilitatorer for understøttelse blev *tværfagligt samarbejde* fundet. Ud fra disse fundne barrierer og facilitatorer er der udviklet tre strategiske fokuspunkter til at imødekomme disse, herunder *fremme viden om IFK og kostinterventionen*, *positiv italesættelse af kostinterventionen* samt *øget tværfagligt samarbejde*, hvoraf sidstnævnte er et langsigtet fokuspunkt. Fokuspunktet, *fremme viden om IFK og kostinterventionen*, indeholder forslag til implementering, herunder afholdelse af et mundtligt informationsmøde om kostinterventionen og deling af skriftligt informationsmateriale med sundhedsprofessionelle, hvor det tyder på, at der særligt bør være fokus på sygeplejersker med meget erfaring. Fokuspunktet *positiv italesættelse af kostinterventionen* indeholder forslag til implementering såsom positiv kommunikation om interventionens bidrag til evidens, særligt over for læger, samt deling af patienternes positive oplevelser og resultater med interventionen. Slutteligt involverer det sidste fokuspunkt *øget tværfagligt samarbejde* forslag om øget

inddragelse af diætister i behandling af CD-patienter med særlig opmærksomhed på dannelse af et fælles vidensgrundlag på tværs af professioner. Strategien kan anvendes til understøttelse af kostinterventionen i ph.d.-projektet, men den bør testes i praksis for at afdække gennemførligheden, effekter heraf og mulige utilsigtede konsekvenser forbundet hermed, inden den implementeres og udbredes til lignende fremtidige kontekster.

14.0 Referenceliste

- Alulis, S., Vadstrup, K., Olsen, J., Jørgensen, T. R., Qvist, N., Munkholm, P., & Borsi, A. (2021). The cost burden of Crohn's disease and ulcerative colitis depending on biologic treatment status – a Danish register-based study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 836. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06816-3>
- Antoft, R. (2013). *Håndværk og horisonter: Tradition og nytænkning i kvalitativ metode*.
- Antoniussen, C., Højgaard Rasmussen, H., Holst, M., & Lauridsen, C. (2021). Reducing Disease Activity of Inflammatory Bowel Disease by Consumption of Plant-Based Foods and Nutrients. *Frontiers in Nutrition*, 8, 733433. <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.733433>
- APA PsycNet. (2022). *APA PsycNet Advanced Search—PsycNET*. PsycNet APA. <https://psycnet-apa-org.zorac.aub.aau.dk/search/advanced?db=PI>
- Archibald, M. M., Ambagtsheer, R. C., Casey, M. G., & Lawless, M. (2019). Using Zoom Videoconferencing for Qualitative Data Collection: Perceptions and Experiences of Researchers and Participants. *International Journal of Qualitative Methods*, 18, 1609406919874596. <https://doi.org/10.1177/1609406919874596>
- Bergmann, M. L. (2022). *Study plan, delstudie 1. PhD Aalborg Universitet 2022: Barriers and motivations for obtaining a plant-based diet in patients with Crohn's disease: A qualitative interview study*. Aalborg Universitet.
- Bernstein, C. N., Walld, R., & Marrie, R. A. (2020). Social Determinants of Outcomes in Inflammatory Bowel Disease. *American Journal of Gastroenterology*, 115(12), 2036–2046. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000794>
- Berry, S. K., Siegel, C. A., & Melmed, G. Y. (2017). Quality Improvement Initiatives in Inflammatory Bowel Disease. *Current Gastroenterology Reports*, 19(8), 41. <https://doi.org/10.1007/s11894-017-0581-x>
- Bischoff, S. C., Escher, J., Hébuterne, X., Kłęk, S., Krznaric, Z., Schneider, S., Shamir, R., Stadelova, K., Wierdsma, N., Wiskin, A. E., & Forbes, A. (2020). ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. *Clinical Nutrition*, 39(3), 632–653. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.11.002>
- Bjørner, J. B., Damsgaard, M. T., Watt, T., Bech, P., Rasmussen, N. K., Søndergaard Kristensen, T., Modvig, J., & Thunedborg, K. (1997). *Dansk manual til SF-36: Et spørgeskema om helbredsstatus*. Lif.
- Bland, J. M., & Altman, D. G. (1997). Cronbach's alpha. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 314(7080), 572. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7080.572>
- Boocock, R. C., Lake, A. A., Haste, A., & Moore, H. J. (2021). Clinicians' perceived barriers and enablers to the dietary management of adults with type 2 diabetes in primary care: A systematic review. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 34(6), 1042–1052. <https://doi.org/10.1111/jhn.12875>
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. I *Handbook of Theory and Research for Sociology of Education*. Westport. CT: Greenwood

- Bourdieu, P. (1994). *Pierre Bourdieu: Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori* (1. udgave, 5. oplag). Frydenlund.
- Bourdieu, P. & Wacquant (1996). *Refleksiv sociologi: Mål og midler* (1. udgave). Hans Reitzel.
- Bertram, R. M., Blase, K. A., & Fixsen, D. L. (2015). Improving Programs and Outcomes: Implementation Frameworks and Organization Change. *Research on Social Work Practice*, 25(4), 477–487. <https://doi.org/10.1177/1049731514537687>
- Bramer, W. M., Rethlefsen, M. L., Kleijnen, J., & Franco, O. H. (2017). Optimal database combinations for literature searches in systematic reviews: A prospective exploratory study. *Systematic Reviews*, 6(1), 245. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0644-y>
- Brinkmann, S. (2012). Videnskabelige metoder og patientperspektivet. I *Patientperspektivet—En kilde til viden* (Bd. 2012).
- Burisch, J., Jess, T., Martinato, M., & Lakatos, P. (2013). The burden of inflammatory bowel disease in Europe. *Journal of Crohn's & colitis*, 7. <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2013.01.010>
- Buuren, S. van. (2018). *Flexible imputation of missing data* (Second edition). CRC Press, Taylor & Francis Group.
- CEBM. (2019). *What is Critical Appraisal? – Center for Evidence Based Management*. <https://cebma.org/resources-and-tools/what-is-critical-appraisal/>
- Chinn, D. (2011). Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social Science & Medicine*, 73(1), 60–67. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.04.004>
- Christ, A., Lauterbach, M., & Latz, E. (2019). Western Diet and the Immune System: An Inflammatory Connection. *Immunity*, 51(5), 794–811. <https://doi.org/10.1016/j.immuni.2019.09.020>
- Clark, B. E., Pope, L., & Belarmino, E. H. (2022). Personal bias in nutrition advice: A survey of health professionals' recommendations regarding dairy and plant-based dairy alternatives. *PEC Innovation*, 1, 100005. <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2021.100005>
- Collin, F., & Køppe, S. (2003). *Humanistisk videnskabsteori* (1. udgave). DR Multimedia.
- Critical Appraisal Skills Programme. (2018). *CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a Qualitative research*. CAPS. https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf
- Crooks, B., McLaughlin, J., & Limdi, J. (2022). Dietary beliefs and recommendations in inflammatory bowel disease: A national survey of healthcare professionals in the UK. *Frontline Gastroenterology*, 13(1), 25–31. <https://doi.org/10.1136/flgastro-2020-101723>
- Crowley, J., Ball, L., McGill, A.-T., Buetow, S., Arroll, B., Leveritt, M., & Wall, C. (2016). General practitioners' views on providing nutrition care to patients with chronic disease: A focus group study. *Journal of Primary Health Care*, 8(4), 357. <https://doi.org/10.1071/HC15048>
- Dahlgren, L., & Fredslund, H. (2007). Hermeneutisk analyse. I *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (3. udgave, s. 154–178). Munksgaard.

- Dal Buono, A., Roda, G., Argollo, M., Zacharopoulou, E., Peyrin-Biroulet, L., & Danese, S. (2020). Treat to target or 'treat to clear' in inflammatory bowel diseases: One step further? *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, 14(9), 807–817. <https://doi.org/10.1080/17474124.2020.1804361>
- Dalsgaard, A., & Meldgaard, L. (2018). *Sociologi for sundhedsprofessionelle* (1. udg.). Gads Forlag.
- Dash, S., Delibasic, V., Alsaeed, S., Ward, M., Jefferson, K., Manca, D. P., & Arcand, J. (2020). Knowledge, Attitudes and Behaviours Related to Physician-Delivered Dietary Advice for Patients with Hypertension. *Journal of Community Health*, 45(5), 1067–1072. <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00831-x>
- Databeskyttelsesloven (2018). Lov om supplerende bestemmelser til forordning om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger (databeskyttelsesloven), LOV nr 502 af 23/05/2018 (2018). <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/502>
- DeJonckheere, M., & Vaughn, L. M. (2019). Semistructured interviewing in primary care research: A balance of relationship and rigour. *Family Medicine and Community Health*, 7(2), e000057. <https://doi.org/10.1136/fmch-2018-000057>
- DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40(4), 314–321. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes* (Fourth Edition). Oxford University Press.
- EBSCO. (2022). *Advanced Search: EBSCOhost*. EBSCO Host. <https://web-s-ebsohost-com.zorac.aub.aau.dk/ehost/search/advanced?vid=0&sid=97159387-6264-407b-8975-c6a156f15842%40redis>
- Eide, H. D., Halvorsen, K., & Almendingen, K. (2015). Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: Perspectives of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 24(5–6), 696–706. <https://doi.org/10.1111/jocn.12562>
- Elamin, S., & Cohen, J. (2021). Telenutrition for Inflammatory Bowel Disease: A Tipping Point for Dietary Wellness. *Crohn's & Colitis* 360, 3(2), otab017. <https://doi.org/10.1093/crocol/otab017>
- Elmeskov, J. (2019). *Derfor inddeler vi verden i vestlige og ikke-vestlige lande*. Danmarks statistik. <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/rigsstat-klumme/2019/2019-07-11-derfor-inddeler-vi-verden-i-vestlige-og-ikke-vestlige-lande>
- Elsevier. (2022). *Embase—A biomedical research database*. Elsevier. <https://www-elsevier-com.zorac.aub.aau.dk/solutions/embase-biomedical-research>
- Elsevier BV. (2022). *About | Elsevier Scopus Blog* [Elsevier.com]. Elsevier Scopus Blog. <https://blog.scopus.com/about>
- Engelbrecht, N. (2009). Compliance (forskningsmetodisk begreb). I *Den Store Danske*. https://denstoredanske.lex.dk/compliance_-_forskningsmetodisk_begreb
- Faria, R., Gomes, M., Epstein, D., & White, I. R. (2014). A Guide to Handling Missing Data in Cost-Effectiveness Analysis Conducted Within Randomised Controlled

- Trials. *Pharmacoeconomics*, 32(12), 1157–1170. <https://doi.org/10.1007/s40273-014-0193-3>
- Fiorino, G., Bonovas, S., Cicerone, C., Allocca, M., Furfaro, F., Correale, C., & Danese, S. (2017). The safety of biological pharmacotherapy for the treatment of ulcerative colitis. *Expert Opinion on Drug Safety*, 16(4), 437–443. <https://doi.org/10.1080/14740338.2017.1298743>
- Frandsen, T. F., Dyrvig, A.-K., Christensen, J. B., FASTERHOLDT, I., & OELHOLM, A. M. (2014). En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. *Ugeskrift for Læger*, 176(7), 647–651.
- Frederiksen, M. (2013). *Integration i "mixed methods" forskning. 1.* [http://sfx.dbc.dk/dbc-45DBC/%5fUCN-45DBC/%5fUCN?url=%5fctx/%5ffmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:ctx&ctx/%5fver=Z39.88-2004&rft/%5fval/%5ffmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft.atitle=Integration i 'mixed methods' forskning&rft.au=Frederiksen&rft.aufirst=Morten&rft.auinit=M&rft.jtitle=Metode&+forskningsdesign+\[online\]&rft.date=2013&rft.volume=1&rft.issue=1&rft.pages=&rft.spage=&rft.epage=&rft.issn=2245-3083&rft.genre=article&rft.fid=info:sid/dbc.dk:870971-tsart&req.language=dan](http://sfx.dbc.dk/dbc-45DBC/%5fUCN-45DBC/%5fUCN?url=%5fctx/%5ffmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:ctx&ctx/%5fver=Z39.88-2004&rft/%5fval/%5ffmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft.atitle=Integration+i+'mixed+methods'+forskning&rft.au=Frederiksen&rft.aufirst=Morten&rft.auinit=M&rft.jtitle=Metode&+forskningsdesign+[online]&rft.date=2013&rft.volume=1&rft.issue=1&rft.pages=&rft.spage=&rft.epage=&rft.issn=2245-3083&rft.genre=article&rft.fid=info:sid/dbc.dk:870971-tsart&req.language=dan)
- Fry, A., Littlejohns, T. J., Sudlow, C., Doherty, N., Adamska, L., Sprosen, T., Collins, R., & Allen, N. E. (2017). Comparison of Sociodemographic and Health-Related Characteristics of UK Biobank Participants With Those of the General Population. *American Journal of Epidemiology*, 186(9), 1026–1034. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx246>
- Fuglsang, L., & Bitsch Olsen, P. (2004). *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne: På tværs af fagkulturer og paradigmer* (2. udg.). Samfundslitteratur.
- Gajendran, M., Loganathan, P., Catinella, A. P., & Hashash, J. G. (2018). A comprehensive review and update on Crohn's disease. *Disease-a-Month*, 64(2), 20–57. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2017.07.001>
- Ghosh, S., & Mitchell, R. (2007). Impact of inflammatory bowel disease on quality of life: Results of the European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations (EFCCA) patient survey. *Journal of Crohn's and Colitis*, 1(1), 10–20. <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2007.06.005>
- Giddens, A. (1996). *Modernitet og selvidentitet: Selvet og samfundet under senmoderniteten* (1. udgave). Hans Reitzel.
- Gildberg, F. A., & Hounsgaard, L. (2018). *Kvalitative analysemetoder i sundhedsforskning*. Klim.
- Gittell, J. H. (2012). *Effektivitet i sundhedsvæsenet: Samarbejde, fleksibilitet og kvalitet* (D. R. Andersen, Red.; A. K. Munk & H. Torjusen, Overs.; 1. udgave). Munksgaard.

- Grosse, C. S. J., Christophersen, C. T., Devine, A., & Lawrance, I. C. (2020). The role of a plant-based diet in the pathogenesis, etiology and management of the inflammatory bowel diseases. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, 14(3), 137–145. <https://doi.org/10.1080/17474124.2020.1733413>
- Guida, L., Di Giorgio, F. M., Busacca, A., Carrozza, L., Ciminnisi, S., Almasio, P. L., Di Marco, V., & Cappello, M. (2021). Perception of the Role of Food and Dietary Modifications in Patients with Inflammatory Bowel Disease: Impact on Lifestyle. *Nutrients*, 13(3), 759. <https://doi.org/10.3390/nu13030759>
- Hanauer, S. B., Plevy, S. E., Sands, B. E., & Targan, S. R. (2009). Therapeutic Targets for Emerging Biologic Therapies in IBD. *Gastroenterology & Hepatology*, 5(7 Suppl 16), 4–16.
- Hanusz, Z., Tarasinska, J., & Zieliński, W. (2016). Shapiro–Wilk test with known mean. *REVSTAT-Statistical Journal*, 14. <https://bw.sggw.edu.pl/info/article/WULS438603ff990c41a9a7e60df7c140ef0b/Publication%2B%25E2%2580%2593%2BShapiro%25E2%2580%2593Wilk%2Btest%2Bwith%2Bknown%2Bmean%2B%25E2%2580%2593%2BWarsaw%2BUniversity%2Bof%2BLife%2BSciences%2B%2BSSGGW?affil=&r=publication&ps=20&tab=&lang=en>
- Hardman, R., Begg, S., & Spelten, E. (2020). What impact do chronic disease self-management support interventions have on health inequity gaps related to socioeconomic status: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 20(1), 150. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5010-4>
- Harvard, T. H. C. (2021). *Diet Review: Anti-Inflammatory Diet*. The Nutrition Source. <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-weight/diet-reviews/anti-inflammatory-diet/>
- Holt, D. Q., Strauss, B. J., & Moore, G. T. (2017). Patients with inflammatory bowel disease and their treating clinicians have different views regarding diet. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 30(1), 66–72. <https://doi.org/10.1111/jhn.12400>
- Hosseini, M., & Lewis, J. (2020). The norms of authorship credit: Challenging the definition of authorship in The European Code of Conduct for Research Integrity. *Accountability in Research*, 27(2), 80–98. <https://doi.org/10.1080/08989621.2020.1721288>
- Howlett, M. (2021). Looking at the ‘field’ through a Zoom lens: Methodological reflections on conducting online research during a global pandemic. *Qualitative Research*, 1468794120985691. <https://doi.org/10.1177/1468794120985691>
- Hsieh, M., Shyr, M., & Yang, F. (2009). The application of nutritional screening tools in nursing practice. *Tzu Chi Nursing Journal*, 8(2), 65–72.
- Høivik, M. L., Moum, B., Solberg, I. C., Henriksen, M., Cvancarova, M., Bernklev, T., & Group, I. (2013). Work disability in inflammatory bowel disease patients 10 years after disease onset: Results from the IBSEN Study. *Gut*, 62(3), 368–375. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2012-302311>
- Jackson, K. (2019). *Qualitative data analysis with NVivo* (3rd edition). SAGE Publications.

- Jae Jeong, H. (2016). The level of collapse we are allowed: Comparison of different response scales in Safety Attitudes Questionnaire. *Biometrics & Biostatistics International Journal*, 4(4). <https://doi.org/10.15406/bbij.2016.04.00100>
- Jin, J. (2014). Inflammatory Bowel Disease. *JAMA*, 311(19), 2034. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.1664>
- Juul, S., & Bransholm Pedersen, K. (2012). *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori: En indføring*. Hans Reitzel.
- Juul, S., Bech, B. H., Dahm, C. C., & Rytter, D. (2017). *Epidemiologi og evidens*. Munksgaard.
- Kamper-Jørgensen, F., Almind, G., & Jensen, B. B. (Red.). (2009). *Forebyggende sundhedsarbejde: Baggrund, analyse og teori, arbejdsmetoder / redigeret af Finn Kamper-Jørgensen, Gert Almind og Bjarne Bruun Jensen* (5. udg). Munksgaard Danmark.
- Kardakis, T., Weinehall, L., Jerdén, L., Nyström, M. E., & Johansson, H. (2014). Lifestyle interventions in primary health care: Professional and organizational challenges. *European Journal of Public Health*, 24(1), 79–84. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt052>
- Kikut, J., Konecka, N., Ziętek, M., Kulpa, D., & Szczuko, M. (2021). Diet supporting therapy for inflammatory bowel diseases. *European Journal of Nutrition*, 60(5), 2275–2291. <https://doi.org/10.1007/s00394-021-02489-0>
- Kirkwood, B. R., Sterne, J. A. C., & Kirkwood, B. R. (2003). *Essential medical statistics* (2nd ed). Blackwell Science.
- Kitto, S. C., Chesters, J., & Grbich, C. (2008). Quality in qualitative research. *Medical Journal of Australia*, 188(4), 243–246. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2008.tb01595.x>
- Kivimäki, M., Batty, G. D., Pentti, J., Shipley, M. J., Sipilä, P. N., Nyberg, S. T., Suominen, S. B., Oksanen, T., Stenholm, S., Virtanen, M., Marmot, M. G., Singh-Manoux, A., Brunner, E. J., Lindbohm, J. V., Ferrie, J. E., & Vahtera, J. (2020). Association between socioeconomic status and the development of mental and physical health conditions in adulthood: A multi-cohort study. *The Lancet Public Health*, 5(3), e140–e149. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30248-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30248-8)
- Kleinman, A. (1981a). Orientations 2: Culture, Health Care Systems and Clinical Reality. I *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press.
- Kleinman, A. (1981b). Orientations 3: Core Clinical Functions and Explanatory Models. I *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press.
- Knight-Sepulveda, K., Kais, S., Santaolalla, R., & Abreu, M. T. (2015). Diet and Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology & Hepatology*, 11(8), 511–520.
- Knudsen, T., Theede, K., & Burisch, J. (2020). Generelt om IBD. *Lev med IBD*. <https://levmedibd.dk/generelt-om-ibd/>

- Kolstad, A., Risberg, T., Bremnes, Y., Wilsgaard, T., Holte, H., Klepp, O., Mella, O., & Wist, E. (2004). Use of complementary and alternative therapies: A national multicentre study of oncology health professionals in Norway. *Supportive Care in Cancer*, 12(5), 312–318. <https://doi.org/10.1007/s00520-004-0590-9>
- Kristensen, F. B., & Sigmund, H. (2007). Kap 5.2. Spørgeskemaundersøgelser. I *Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering*. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/~media/1319CCE8BEC34952AD7746390DD8BDD5.ashx>
- Krogstrup, H. K. (2016). *Evalueringsmodeller*. Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009a). *InterView: Introduktion til et håndværk*. Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009b). Transskription af interview. I *InterView: Introduktion til et håndværk*. Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3. udg.). Hans Reitzel.
- Larussa, T., Suraci, E., Marasco, R., Imeneo, M., Abenavoli, L., & Luzzza, F. (2019). Self-Prescribed Dietary Restrictions are Common in Inflammatory Bowel Disease Patients and Are Associated with Low Bone Mineralization. *Medicina*, 55(8), 507. <https://doi.org/10.3390/medicina55080507>
- Launsø, L., Rieper, O., & Olsen, L. (2017). *Forskning om og med mennesker—Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning* (7. udg.). Munksgaard.
- Lees, C. (2014). *Frontline IBD: Finding the cause of IBD - genes, bugs or diet?* #FGDebate. Frontline Gastroenterology Blog. <https://blogs.bmj.com/fg/2014/10/02/frontline-ibd-finding-the-cause-of-ibd-genes-bugs-or-diet-fgdebate/>
- Limdi, J. K., Aggarwal, D., & McLaughlin, J. T. (2016). Dietary Practices and Beliefs in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 22(1), 164–170. <https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000000585>
- Lindberg, A., Ebbeskog, B., Karlen, P., & Oxelmark, L. (2013). Inflammatory bowel disease professionals' attitudes to and experiences of complementary and alternative medicine. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 13(1), 349. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-13-349>
- Lophaven, S. N., Lynge, E., & Burisch, J. (2017). The incidence of inflammatory bowel disease in Denmark 1980–2013: A nationwide cohort study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 45(7), 961–972. <https://doi.org/10.1111/apt.13971>
- Lund, H., Juhl, C., Andreasen, J., & Møller, A. (2014). *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning: Redskaber til evidensbaseret praksis* (1. udg., 1. opl.). Munksgaard.
- Lönnfors, S., Vermeire, S., Greco, M., Hommes, D., Bell, C., & Avedano, L. (2014). IBD and health-related quality of life—Discovering the true impact. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8(10), 1281–1286. <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2014.03.005>
- Maxwell, J. A. (2005). *Qualitative research design: An interactive approach* (2nd ed). Sage Publications.

- McDowell, I. (2006). *Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaires* (3. udg.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195165678.001.0001>
- Medical Dictionary. (2019). *Anti-inflammatory diet*. TheFreeDictionary.com. <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/anti-inflammatory+diet>
- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2015). *Qualitative research: A guide to design and implementation* (Fourth edition). John Wiley & Sons.
- Merton, R. K. (1936). The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action. *American Sociological Review*, 1(6), 894. <https://doi.org/10.2307/2084615>
- Microsoft. (2022). *Opret eller rediger .csv-filer til at importere i Outlook*. <https://support.microsoft.com/da-dk/office/opret-eller-rediger-csv-filer-til-at-importere-i-outlook-4518d70d-8fe9-46ad-94fa-1494247193c7>
- Moradkhani, A., Beckman, L. J., & Tabibian, J. H. (2013). Health-related quality of life in inflammatory bowel disease: Psychosocial, clinical, socioeconomic, and demographic predictors. *Journal of Crohn's and Colitis*, 7(6), 467–473. <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2012.07.012>
- Mountifield, R., Andrews, J. M., Mikocka-Walus, A., & Bampton, P. (2015). Doctor communication quality and Friends' attitudes influence complementary medicine use in inflammatory bowel disease. *World Journal of Gastroenterology : WJG*, 21(12), 3663–3670. <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i12.3663>
- National Library of Medicine. (2021, october 7). *PubMed* [Pubmed]. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?otool=idkaaulib>
- Ng, S. C., Shi, H. Y., Hamidi, N., Underwood, F. E., Tang, W., Benchimol, E. I., Panaccione, R., Ghosh, S., Wu, J. C. Y., Chan, F. K. L., Sung, J. J. Y., & Kaplan, G. G. (2020). Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: A systematic review of population-based studies. *Lancet (London, England)*, 390(10114), 2769–2778. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32448-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32448-0)
- Nielsen, T. T. (2021). *Ansatte på offentlige sygehuse*. eSundhed. <https://www.esundhed.dk/Emner/Beskaeftigede-i-sundhedsvaesnet/Ansatte-paa-offentlige-sygehuse>
- O'Cathain, A., Croot, L., Duncan, E., Rousseau, N., Sworn, K., Turner, K. M., Yardley, L., & Hoddinott, P. (2019). Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. *BMJ Open*, 9(8), e029954. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029954>
- O'Connell, M. B., Jensen, P. S., Andersen, S. L., Fernbrant, C., Nørholm, V., & Petersen, H. V. (2018). Stuck in tradition - A qualitative study on barriers for implementation of evidence-based nutritional care perceived by nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3–4), 705–714. <https://doi.org/10.1111/jocn.14020>
- Owczarek, D., Rodacki, T., Domagała-Rodacka, R., Cibor, D., & Mach, T. (2016). Diet and nutritional factors in inflammatory bowel diseases. *World Journal of Gastroenterology*, 22(3), 895–905. <https://doi.org/10.3748/wjg.v22.i3.895>
- Pedersen, J. F., Petersen, K. S., Egilstrød, B., & Overgaard, C. (2020). *Metodekatalog*. Aalborg Universitet.

- Peyrin-Biroulet, L., Sandborn, W., Sands, B. E., Reinisch, W., Bemelman, W., Bryant, R. V., D'Haens, G., Dotan, I. ... Colombel, J.-F. (2015). Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE): Determining Therapeutic Goals for Treat-to-Target. *Official Journal of the American College of Gastroenterology | ACG*, 110(9), 1324–1338. <https://doi.org/10.1038/ajg.2015.233>
- Piaget, J. (2003). *Intelligens og affektivitet: Deres indbyrdes relationer i barnets udvikling* (1. udgave). Klim.
- Prince, A. C., Moosa, A., Lomer, M. C. E., Reidlinger, D. P., & Whelan, K. (2015). Variable access to quality nutrition information regarding inflammatory bowel disease: A survey of patients and health professionals and objective examination of written information. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 18(6), 2501–2512. <https://doi.org/10.1111/hex.12219>
- ProQuest LLC. (2022). *Advanced Search—ProQuest*. <https://www.proquest.com/advanced?accountid=8144&parentSessionId=RLnrWFGqD8c9cbgLOOYCzKID4oexRe%2BotLpVMl2QCk4%3D>
- Radler, B. T., & Ryff, C. D. (2010). Who Participates? Accounting for Longitudinal Retention in the MIDUS National Study of Health and Well-Being. *Journal of Aging and Health*, 22(3), 307–331. <https://doi.org/10.1177/0898264309358617>
- Raffner Basson, A., Gomez-Nguyen, A., LaSalla, A., Buttó, L., Kulpins, D., Warner, A., Di Martino, L., Ponzani, G., Osme, A. ... Cominelli, F. (2021). Replacing Animal Protein with Soy-Pea Protein in an “American Diet” Controls Murine Crohn Disease–Like Ileitis Regardless of Firmicutes: Bacteroidetes Ratio. *The Journal of Nutrition*, 151(3), 579–590. <https://doi.org/10.1093/jn/nxaa386>
- Ramboll. (2022). *Markedets mest brugte spørgeskema system? Bliv kunde ved SurveyXact i dag*. SurveyXact. <https://www.surveyxact.dk/produkter/surveyxact/>
- Rasmussen, J., & Bisgaard, N. J. (1998). *Pædagogiske teorier*. Nota. <https://nota.dk/bibliotek/bogid/606433>
- Rasmussen, L. T., Remvig, K., & Wien, C. (2017). Litteratur- og informationssøgning til opgaven. I *Den gode opgave* (5. udg.). Samfundslitteratur.
- Rattray, J., & Jones, M. C. (2007). Essential elements of questionnaire design and development. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 234–243. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01573.x>
- Rawsthorne, P., Shanahan, F., Cronin, N. C., Anton, P. A., Löfberg, R., Bohman, L., & Bernstein, C. N. (1999). An International Survey of The Use and Attitudes Regarding Alternative Medicine by Patients With Inflammatory Bowel Disease. *American Journal of Gastroenterology*, 94(5), 1298–1303. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.1999.01080.x>
- Richman, E., & Rhodes, J. M. (2013). Review article: Evidence-based dietary advice for patients with inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 38(10), 1156–1171. <https://doi.org/10.1111/apt.12500>
- Ry Nielsen, J. C., & Ry, M. (2002). *Anderledes tanker om Leavitt—En klassiker i ny belysning*. Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

- Sabino, J., Lewis, J. D., & Colombel, J.-F. (2019). Treating Inflammatory Bowel Disease With Diet: A Taste Test. *Gastroenterology*, 157(2), 295–297. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.06.027>
- Salemonsens, E., Førland, G., Hansen, B. S., & Holm, A. L. (2020). Understanding beneficial self-management support and the meaning of user involvement in lifestyle interventions: A qualitative study from the perspective of healthcare professionals. *BMC Health Services Research*, 20(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4951-y>
- Santella, M. E., Hagedorn, R. L., Wattick, R. A., Barr, M. L., Horacek, T. M., & Olfert, M. D. (2020). Learn first, practice second approach to increase health professionals' nutrition-related knowledge, attitudes and self-efficacy. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 71(3), 370–377. <https://doi.org/10.1080/09637486.2019.1661977>
- Saxild, T., Glümer, C., & Perrild, H. (2018). *TværSam—Sammenhængende forløb og populationsansvar for patienter med type 2 diabetes i primær og sekundær sektor*. https://www.regionh.dk/tfe/arrangementer/Documents/TværSam_4.%20oktober%202018.pdf
- Saxild, T., Glümer, C., Perrild, H., & Jørgensen, B. (2021). *Diabetesforløb på langs og på tværs*. https://www.regionh.dk/patientinddragelse/udgivelser/udgivelser/Documents/Rapport_Diabetesforløb%20på%20langs%20og%20på%20tværs_tilgængelig_april%202021.pdf
- Siegmundfeldt, P. (2021, august 4). *Kønsfordelingen stagnerer på de store professionsuddannelser*. DM Akademikerbladet. <https://www.akademikerbladet.dk/aktuelt/2021/august/koensfordelingen-stagnerer-paa-de-store-professionsuddannelser>
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. *BMJ*, n2061. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>
- Somerville, M., Ball, L., Sierra-Silvestre, E., & Williams, L. T. (2019). Understanding the knowledge, attitudes and practices of providing and receiving nutrition care for prediabetes: An integrative review. *Australian Journal of Primary Health*, 25(4), 289. <https://doi.org/10.1071/PY19082>
- Sturges, J. E., & Hanrahan, K. J. (2004). Comparing Telephone and Face-to-Face Qualitative Interviewing: A Research Note. *Qualitative Research*, 4(1), 107–118. <https://doi.org/10.1177/1468794104041110>
- Sundhedsdatastyrelsen. (2016). *Vejledning om informationssikkerhed i sundhedsvæsenet*. Sundhedsstyrelsen
- Sundhedsstyrelsen. (2007a). *REFERENCEPROGRAM FOR KRONISKE INFLAMMATORISKE TARMFYGDOMME*. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2007/Publ2007/PLAN/SfR/Refprg_IBD,-d-.pdf.ashx

- Sundhedsstyrelsen, E. for M. T. (2007b). *Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering*.
<https://www.sst.dk/~media/1319CCE8BEC34952AD7746390DD8BDD5.ashx>
- Szałwińska, P., Włodarczyk, J., Spinelli, A., Fichna, J., & Włodarczyk, M. (2021). IBS-Symptoms in IBD Patients—Manifestation of Concomitant or Different Entities. *Journal of Clinical Medicine*, 10(1), 31. <https://doi.org/10.3390/jcm10010031>
- Szklo, M., & Nieto, F. J. (2019). *Epidemiology: Beyond the basics* (Fourth edition). Jones & Bartlett Learning.
- Sønderskov, K. M. (2021). *Stata—En praktisk introduktion* (3. udg.). Gyldendal.
<https://hansreitzel.dk/products/stata-bog-26452-9788702324082>
- Timm, H. (1997). At have en krop og at være en krop: Om sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse. *Grus*, 18(52), 24–36.
- Tinsley, A., Ehrlich, O. G., Hwang, C., Issokson, K., Zapala, S., Weaver, A., Siegel, C. A., & Melmed, G. Y. (2016). Knowledge, Attitudes, and Beliefs Regarding the Role of Nutrition in IBD Among Patients and Providers. *Inflammatory Bowel Diseases*, 22(10), 2474–2481. <https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000000901>
- Tormey, L. K., Reich, J., Chen, Y. S., Singh, A., Lipkin-Moore, Z., Yu, A., Weinberg, J., Farraye, F. A., & Paasche-Orlow, M. K. (2019). Limited Health Literacy Is Associated With Worse Patient-Reported Outcomes in Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 25(1), 204–212. <https://doi.org/10.1093/ibd/izy237>
- Torres, J., Boyapati, R. K., Kennedy, N. A., Louis, E., Colombel, J.-F., & Satsangi, J. (2015). Systematic Review of Effects of Withdrawal of Immunomodulators or Biologic Agents From Patients With Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology*, 149(7), 1716–1730. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2015.08.055>
- Turner, D., Ricciuto, A., Lewis, A., D’Amico, F., Dhaliwal, J., Griffiths, A. M., Bettenworth, D., Sandborn, W. J., Sands, B. ... Dignass, A. (2021). STRIDE-II: An Update on the Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE) Initiative of the International Organization for the Study of IBD (IOIBD): Determining Therapeutic Goals for Treat-to-Target strategies in IBD. *Gastroenterology*, 160(5), 1570–1583.
<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.12.031>
- Vadstrup, K., Alulis, S., Borsi, A., Elkjaer Stallknecht, S., Nielsen, A., Rikke Jørgensen, T., Wennerström, C., Qvist, N., & Munkholm, P. (2020). Societal costs attributable to Crohn’s disease and ulcerative colitis within the first 5 years after diagnosis: A Danish nationwide cost-of-illness study 2002–2016. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 55(1), 41–46.
<https://doi.org/10.1080/00365521.2019.1707276>
- Vallgård, S., Diderichsen, F., & Jørgensen, T. (2016). *Sygdomsforebyggelse*. Munksgaard.
- Vallgård, S., & Koch, L. (Red.). (2011). *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4. udgave). Munksgaard Danmark.
- Vallgård, S., & Krasnik, A. (2010). *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik*. Munksgaard Danmark.

- Vardinghus-Nielsen, H. (2018). Samfund, velfærd og individ. I *Sociologi for sundhedsprofessionelle* (1. udg.). Gads Forlag.
- Vardinghus-Nielsen, H., & Bak, C. K. (2018). Tillid i relationer og systemer. I L. Melgaard & A. Dalsgaard, *Sociologi for sundhedsprofessionelle*. Gad.
- Vasudevan, J., DiVincenzo, C., & Feagins, L. A. (2022). *Optimizing Nutrition to Enhance the Treatment of Patients With Inflammatory Bowel Disease*. 9.
- Vedtofte, D. I. (Red.). (2009). *Pædagogik: For sundhedsprofessionelle* (1. udgave). Gad.
- Vester-Andersen, M. K., Vind, I., Prosberg, M. V., Bengtsson, B. G., Blixt, T., Munkholm, P., Andersson, M., Jess, T., & Bendtsen, F. (2014). Hospitalisation, surgical and medical recurrence rates in inflammatory bowel disease 2003-2011—A Danish population-based cohort study. *Journal of Crohn's & Colitis*, 8(12), 1675–1683. <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2014.07.010>
- Wad, P. (Red.). (2015). Kap. 10 Realistisk videnskabsfilosofi og kritisk realisme. I *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning* (3. udgave, s. 365–391). Hans Reitzel.
- Walker, C., Allamneni, C., Orr, J., Yun, H., Fitzmorris, P., Xie, F., & Malik, T. A. (2018). Socioeconomic Status and Race are both Independently associated with Increased Hospitalization Rate among Crohn's Disease Patients. *Scientific Reports*, 8(1), 4028. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-22429-z>
- Wewer, M. D., Arp, L., Melek, S., Oluf Krautwald, F., Vind, I., Pedersen, G., Nielsen, A. M., Kiszka-Kanowitz, M., Boysen, T., Theede, K., Nordgaard-Lassen, I., Bendtsen, F., & Burisch, J. (2022). DOP03 The use and efficacy of biological therapies 2010–2020 for Inflammatory Bowel Disease in a Danish tertiary centre. *Journal of Crohn's and Colitis*, 16(Supplement_1), i053–i054. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjab232.042>
- Whiting, P., Jelena Savović, Julian P.T. Higgins, Deborah M. Caldwell, Barnaby C. Reeves, Beverley Shea, Philippa Davies, Jos Kleijnen, Rachel Churchill, & the ROBIS Group. (2018). ROBIS: Un nuovo strumento sviluppato per valutare i rischi di distorsione nelle revisioni sistematiche. *Recenti Progressi in Medicina*, 2018Settembre. <https://doi.org/10.1701/2990.29928>
- WHO. (2007, maj 7). *Social determinants of health: Key concepts*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/social-determinants-of-health-key-concepts>
- WHO. (2015). *European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329405/9789289051231-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- WHO. (2022a, februar). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. DD70 Chronic Disease: ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1267652425>
- WHO. (2022b, februar). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. DD71 Ulcerative Colitis: ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f784669405>

- World IBD Day. (2019, maj). *About IBD (Inflammatory Bowel Diseases) organisations* | *World IBD Day*. World IBD Day, 19th May. <https://worldibdday.org/about-us>
- World Medical Association. (2018, 07). *WMA - The World Medical Association-WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Wändell, P. E., de Waard, A.-K. M., Holzmann, M. J., Gornitzki, C., Lionis, C., de Wit, N., Søndergaard, J., Sønderlund, A. L., Kral, N. ... Carlsson, A. C. (2018). Barriers and facilitators among health professionals in primary care to prevention of cardiometabolic diseases: A systematic review. *Family Practice*, 35(4), 383–398. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmx137>
- Yin, R. K. (1989). *Case study research: Design and methods* (Rev. ed). Sage Publications.
- Zeitz, J., Ak, M., Müller-Mottet, S., Scharl, S., Biedermann, L., Fournier, N., Frei, P., Pittet, V., Scharl, M. ... Group, S. I. C. S. (2016). Pain in IBD Patients: Very Frequent and Frequently Insufficiently Taken into Account. *PLOS ONE*, 11(6), e0156666. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156666>
- Zhao, J., Han, H., Zhong, B., Xie, W., Chen, Y., & Zhi, M. (2021). Health information on social media helps mitigate Crohn's disease symptoms and improves patients' clinical course. *Computers in Human Behavior*, 115, 106588. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106588>
- Zhao, M., Sall Jensen, M., Knudsen, T., Kelsen, J., Coskun, M., Kjellberg, J., & Burisch, J. (2022). Trends in the use of biologicals and their treatment outcomes among patients with inflammatory bowel diseases—A Danish nationwide cohort study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 55(5), 541–557. <https://doi.org/10.1111/apt.16723>
- Aadahl, M. (2003). *Grundliggende principper for valg og anvendelse af test og målemetoder i fysioterapi*. 9.
- Aalborg Universitet. (2018). *Vejledning om databeskyttelsesreglerne i relation til forskningsområdet*. https://www.sikkerhed.aau.dk/digitalAssets/810/810203_vejledning-til-databeskyttelsesreglerne-i-relation-til-forskningsomraadet_opdateret-nov.-2019.pdf
- Aalborg Universitet Biblioteket. (2022). *AUB: Databaser og udbydere—Scopus*. Databaser og udbydere - Scopus. https://kdbk-aub.primo.exlibrisgroup.com/discovery/dbfulldisplay?docid=alma9920713315905762&context=L&vid=45KBDK_AUB:AUB&lang=da&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=jsearch_slot&query=any,contains,scopus&offset=0&databases=any,scopus
- Aalborg Universitetshospital. (2020). *IBD-skolen*. Aalborg Universitetshospital - Region Nordjylland. <https://aalborguh.rn.dk/afsnit-og-ambulatorier/gastroenterologisk-afdeling/afsnit/ibd-skole>