

Helle Sofie Wentzer og Mille Kjærgaard Thorsen

## Evaluering af Sunddialog

Et it-redskab til adfærdsændringer  
hos patienter med kroniske lidelser



*Evaluering af Sunddialog. Et it-redskab til adfærdsændringer hos patienter med kroniske lidelser* kan hentes fra hjemmesiden [www.kora.dk](http://www.kora.dk)

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7488-783-6

Projekt 10420

Oktober 2013

**KORA**  
**Det Nationale Institut for**  
**Kommuners og Regioners Analyse og Forskning**

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling, bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut  
for Kommuners og Regioners  
Analyse og Forskning

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00

# Forord

Denne evaluering omhandler den oplevede brugereffekt af Sunddialog – et it-redskab til adfærdsændringer hos patienter med kroniske lidelser. Sunddialog blev udviklet og afprøvet i pilotprojekter fra 2007-2010, og det blev som del af Kronikerprogrammet 2010-2012 udbredt til primært almen praksis i Region Hovedstaden. Programmet var finansieret af puljer i Indenrigs- og Sundhedsministeriet til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom. Sunddialog hørte under projekterne, der omhandlede patientuddannelse og egenomsorg. Denne evaluering indgår som en integreret del af projektet som en undersøgelse af virkningen af Sunddialog og en kortlægning af årsager til vellykkede adfærdsændringer. Målet var at få indsigt i patienternes brug af programmet og den oplevede brugereffekt samt at belyse udviklingsmuligheder og -behov som hjælp til den fremadrettede strategi for videreførelsen af Sunddialog.

Rapporten evaluerer med afsæt i 'empowerment'-begrebet og læringsteori brugen af Sunddialog it-redskabet på tværs af almen praksis og hjemmet. It-redskabet har et særligt potentiale til at understøtte overførsel af viden og erfaring mellem den kliniske kontekst og hjemmets kontekst. It-programmet skaber et rum for brugerne til at huske indgåede aftaler, forhandle og evaluere sundhedsmål. De centrale brugergrupper er forebyggelsesygeplejersken, patienten og egen læge. Evalueringen bygger på kvalitative data fra 4 observationsstudier i 4 almen praksis og fra interview med 16 patienter i behandling for kroniske lidelser, 6 interview med praksispersonale og 2 interview med praktiserende læger.

Dataanalysen giver indblik i et komplekst oversættelsesarbejde mellem de sundhedsprofessionelles kontekst og råd om livsstilændringer og patientens praktiske hverdag og rammer for at etablere sundere vaner. Der er tale om et arbejde, hvor 'patient empowerment' viser sig at involvere tid, opmærksomhed, (selv-)refleksion, ny viden, gensidig/social anerkendelse og indsigt i egen krop og ressourcer. Patient empowerment er således en kompleks praksis, der kræver noget både af patienten og de sundhedsprofessionelle – og ikke mindst samarbejde mellem dem. Hvor patientens sundhedsmål indledningsvis kan være at tage sig, viser vejene hertil gennem Sunddialog-forløbet sig i praksis at kunne handle om viden, selverkendelse, socialitet, ensomhed, anerkendelse, kaos og overskud i hverdagen.

Evalueringen konkluderer:

- At patienterne oplever øget kontrol med deres sygdom via et Sunddialog forebyggelsesforløb, at it-redskabet fremadrettet kan udvikles til at understøtte patientbrugerens livsstilændringer i hverdagen bedre, og at forankring i en sundhedsfaglig autoritet er en væsentlig motivation for patientbrugerne.
- At redskabets primære brugergruppe er forebyggelsesygeplejersken, der oplever sig som fagligt forstærket gennem Sunddialog it-programmets strukturering af forebyggelsessamtalen med patienten.
- Lægen oplever via forebyggelsestilbuddet med Sunddialog et styrket samarbejde med sygeplejersken om patienter i kontrol for kroniske lidelser såvel som mere information om patientens samlede helbred i konsultationen med denne.
- Klinikens ressourcer til forebyggelseskonsultationer er dog under pres grundet halvering af honorartilskuddet fra regionerne. Dette udsætter både klinikken og i prak-

sis særligt sygeplejersken for et krydspres i forhold til at kunne tilbyde patienter med ønske om livsstilsforandringer et tilbud med Sunddialog. Forholdet mellem de erklærede målsætninger omkring egenomsorg og patient empowerment og de ressourcer, der er til rådighed til at udvikle dette i praksis, kan således synes modsætningsfyldte.

Vi vil gerne takke patienter og sundhedspersonale for deres deltagelse i projektet. Rapporten er finansieret af Sunddialog ApS. Den er internt reviewet af forsknings- og analysecheferne Charlotte Bredahl Jacobsen og Pia Kürstein Kjellberg, KORA.

Helle Sofie Wentzer  
Oktober 2013

# Indhold

Sammenfatning .....	7
1 Indledning .....	9
1.1 Samfundsmæssig baggrund.....	9
1.2 Formålet med evalueringen af Sunddialog .....	10
1.3 Præsentation af it-redskabet Sunddialog: Opbygning og baggrund .....	11
1.3.1 Programmets opbygning: Dialogens struktur og centrale begreber .....	11
1.3.2 Historik .....	14
1.4 Evalueringsramme: Ikt-medieret læring og empowerment .....	15
1.4.1 Læringsbegrebet i empowerment .....	16
1.4.2 It-medieret interaktion og læring .....	17
1.5 Metodetilgang og empiri.....	18
1.5.1 Observationsstudier, interview og oversigt over empiri .....	18
1.5.2 Uddybende om patientgruppen .....	19
2 Sunddialog i spændet mellem almen praksis og hjemmet.....	20
2.1 Diagnoser og fysiologiske mål.....	21
2.1.1 Freddys forløb i Sunddialog: konkrete mål og adfærdsændringer.....	21
2.1.2 Relationen til Sunddialog og til behandleren: Sygeplejersken som det anerkendende element .....	22
2.1.3 Relationen til viden og empowerment .....	24
2.2 Livsstilsforandringer, refleksioner og selvopdagede mål .....	25
2.2.1 Louises forløb: Refleksion og nye mål .....	26
2.2.2 Relationen til Sunddialog og til behandleren: Programmet som det anerkendende element .....	27
2.2.3 Relationen til læring og empowerment-begrebet .....	28
2.3 Kaos, identitet og psykologiske dimensioner .....	28
2.3.1 Mettes forløb og relationen til Sunddialog: Om mod, ressourcer og sociale sammenhænge.....	29
2.3.2 Relationen til behandler: Pисken og guleroden.....	31
2.3.3 Relation til viden og empowerment.....	31
2.4 Social handling med Sunddialog.....	32
2.4.1 Søren og Karens forløb i Sunddialog: Arbejdet med sociale relationer .....	33
2.4.2 Sociale handlinger og skel: om at være ryger og ikke-ryger .....	34
2.4.3 Relation til viden og empowerment.....	35
2.5 Tid, overskud og kropsbevidsthed .....	36
2.5.1 Om tid og kropsbevidsthed.....	37
2.5.2 Relation til behandlere og til Sunddialog: Alternative veje og støttende begreber .....	38
2.5.3 Relation til viden og empowerment.....	39
2.6 Egenomsorg .....	40
2.6.1 Berits forløb med diabetes og i Sunddialog .....	40
2.6.2 Ensomhed og fællesskaber: Relationer til behandlere og kollegaer .....	41

2.6.3	Relation til viden og empowerment.....	42
<b>3</b>	<b>Sunddialog it-værktøjet i almen praksis .....</b>	<b>44</b>
3.1	Forebyggelsessamtaler til patienter med behov for livsstilsændringer .....	44
3.1.1	Praksissygeplejerskens opgaver og praksis.....	45
3.1.2	Udvælgelse af patienter til forebyggelsessamtaler med Sunddialog.....	45
3.1.3	Samarbejdet mellem sygeplejerske og patient med Sunddialog- værktøjet .....	46
3.1.4	Sunddialog: en Oversættelse af fysiologiske tal til mening og handling ...	47
3.1.5	Skabelse af egenomsorg gennem refleksionsarbejde .....	48
3.1.6	Skabte eller iboende ressourcer hos patienten?.....	48
3.2	Den almene praksislæge som bruger .....	49
3.2.1	Lægens ansvar for folkesundheden.....	50
3.2.2	Samarbejdet mellem læge og sygeplejerske med Sunddialog.....	51
3.2.3	Ændringer i honorarstrukturens betydning for Sunddialog i klinikken .....	51
3.3	Opsamling på forebyggelsesværktøjet i almen praksis .....	53
<b>4</b>	<b>Evalueringskriterier: Brugeridentiteter, relationer og sammenhæng .....</b>	<b>55</b>
4.1	Forebyggelseskontinuitet, ressourcer og hensigtsmæssig brug.....	55
4.2	Patient empowerment.....	55
4.2.1	Operationelle færdigheder i brugen af it-værktøjet Sunddialog.....	56
4.2.2	Formålet med it-redskabet .....	56
4.2.3	Motivet for aktiviteten med Sunddialog .....	57
<b>5</b>	<b>Konklusion og anbefaling .....</b>	<b>59</b>
5.1	Hensigtsmæssige brugsmønstre og brugerroller i Sunddialog.....	59
5.1.1	Den indskrevne ideale patient-bruger i Sunddialog .....	59
5.1.2	Den indskrevne behandler-bruger i Sunddialog .....	60
5.1.3	Den indskrevne bruger-rolle til klinikken .....	61
5.2	Erkendelser og anbefaling .....	61
<b>6</b>	<b>Perspektivering: Fremtidige brugsscenerier? .....</b>	<b>63</b>
6.1	Patientarbejde til egenomsorg .....	63
6.1.1	Patientscenario for øget struktur og sammenhæng i hverdag.....	63
6.1.2	Anbefalinger fra patient-brugerne.....	63
6.2	Sygeplejersken-patient samarbejde om livsstilsændringer .....	65
6.2.1	Respekt for sygdom som uforskyldt.....	65
6.3	Læger og sygeplejerskers forebyggelsessamarbejde.....	65
6.4	Opsamling: Kaos og organisering: struktur gennem it-empowerment .....	66
	<b>Litteratur .....</b>	<b>68</b>

# Sammenfatning

## Kan patienter styrkes med Sunddialog?

Dette er en evaluering af Sunddialog, et it-redskab til adfærdsændringer hos patienter med kroniske lidelser. Formålet er at beskrive processerne i et Sunddialog-forløb, herunder den konkrete interaktion mellem behandler, patient og program, for at klargøre, hvilke elementer der specifikt ligger til grund for vellykkede adfærdsændringer. Evalueringen undersøger i et empowerment-perspektiv: Hvordan understøtter Sunddialog det enkelte menneske i at lykkes med egne opstillede sundhedsmål i praksis?

## Hvad er svaret?

Patienterne i Sunddialog oplever at få mere kontrol med deres sygdom. Udgangspunktet for den øgede ansvarlighed er håbet om at kunne ændre noget. I succesen med Sunddialog-forløbet indgår patienternes refleksive, tidslige og sociale ressourcer. De tidslige ressourcer handler også om spændinger mellem tid til ens arbejde og tid til egenomsorg. Gennem syv forebyggelsessamtaler, svingende fra 15 til 30 minutter fordelt over 6 til 9 måneder, inddrager, aftaler og evaluerer behandleren løbende med patienten:

- hvad der er ønskelige og realistiske handlingsmål
- hvorledes patienten mellem konsultationerne omsætter målene til handlinger i hverdagen

It-værktøjet er centralt for at fastholde aftaler mellem patient og sygeplejerske og skabe kontinuitet i forløbet i forhold til:

1. forebyggelsessygeplejerskens konsultationer med patienten
2. samtaler mellem patient og behandler til oversættelse af de biologiske mål til positive handlinger i hverdagen
3. samarbejdet mellem sygeplejerske og læge om patienter i kontrol for behandling af kroniske lidelser.

Notatet sammenfatter karakteristika for patienter, sygeplejersker og læger qua tre brugergrupper med forskellige færdigheder, formål og motiver for at anvende Sunddialog-redskabet. Karakteristikaene er som følgende:

- Sygeplejersken er it-værktøjets primære brugergruppe. Sygeplejersken har internaliseret sunddialog-tankegangen og anvender den bredt på i forebyggelsesarbejde i øvrigt.
- It-redskabet spiller en mindre rolle for patienterne. De har meget forskellige ønsker og krav til at øge it-værktøjets relevans for deres hverdag, herunder øget støtte til at få struktureret og indarbejdet adfærdsændringer til rutiner og vaner.
- Lægen er ansvarlig for klinikkens forebyggelsestilbud og ser it-værktøjet som en del af sit behandlingstilbud til kronisk syge patienter, der har brug for ekstra hjælp til at tage ansvar for deres sygdom.

Brugergruppernes karakteristika giver anledning til at anbefale udviklingsveje for Sunddialog i forhold til at indgå strategiske samarbejder om muligheder for it-empowerment af forebyggelsestiltag.

## **Baggrund**

Sunddialog var en del af Kronikerprogrammet 2010-2012, som var finansieret af puljer i Indenrigs- og Sundhedsministeriet til en forstærket indsats over for patienter med kronisk sygdom. Sunddialog hørte under de projekter, der omhandlede patientuddannelse og egenomsorg. Som en integreret del af projektet indgår evalueringen, der omhandler en undersøgelse af virkningen af Sunddialog og en kortlægning af årsager til vellykkede adfærdsendringer. Målet var at få indsigt i patienternes brug af programmet og den oplevede brugereffekt samt belyse udviklingsmuligheder og -behov som en hjælp til den fremadrettede strategi for videreførelsen af Sunddialog. Sunddialog henvendte sig til KORA (dengang Dansk Sundhedsinstitut) med et ønske om at evaluere den oplevede brugerværdi med henblik på patient empowerment, herunder brugernes anbefalinger til it-værktøjet og udviklingsveje for forebyggelse.

Patient empowerment udlægges typisk som et paradigmeskift i sundhedsvæsenet med øget indflydelse og ansvar til patienten. Evalueringen bekræfter imidlertid nogle barrierer i forhold til at fastholde patientinddragelse via Sunddialog-værktøjet. Den ændrede honorarsats for forebyggelsessamtaler vanskeliggør kontinuiteten af samarbejdet mellem sygeplejerske og patient og mellem læge og sygeplejerske, ligesom klinikkerne har forskellige måder at forvalte, hvorledes sygeplejersken kan finde ekstra tid til Sunddialog-konsultationer. Forebyggelsesygeplejen oplever derfor et krydspres mellem de patienter, der kunne indgå i et Sunddialog-forløb, og at finde tid til samtalerne med brug af it-redskabet. Rammerne for et reelt paradigmeskift er derfor ugunstige, ligesom den faktiske brug af Sunddialog i klinikken ikke står i modsætning til et traditionelt biomedicinsk, lægeautoritært paradigme, men faktisk komplementerer dette, både fordi den sundhedsfaglige autoritet betyder en del for patienternes motivation for at overholde aftaler, og fordi fysiologiske målinger vedbliver at være centrale målestokke i forebyggelsesforløbet. Klinikernes forebyggelsesarbejde består netop i at oversætte og reflektere biomedicinske tal som vægt, blodtryk, BMI og blodsukker ind i en bredere kropsforståelse, herunder motion og ernæring, og dens placering i forhold patientens hverdagsliv, egne ressourcer og ønsker. Denne oversættelse fra tal i klinikken til handlinger i hverdagen skabes dog med Sunddialog ved at give patienten øget (selv)indsigt og mulighed for afprøvning af nye handlingsveje, der netop ikke er medicinske, men personlige og sociale.

## **Metode**

Evalueringen bygger på fire observationsstudier i almen praksis og 16 kvalitative interview med patienter i behandling for kroniske sygdomme (diabetes, hjertekar, KOL, depression), der alle havde ønske om at tabe sig i vægt. Interviewene er udført i borgernes hjem – seks interview med sygeplejersker i almen praksis og to telefoninterview med læger. Interviewene er transskriberet og analyseret på baggrund af læringsteori til empowerment og menneske-maskine interaktion.



# 1 Indledning

## 1.1 Samfundsmæssig baggrund

Der er en lang række af incitamenter til at gennemføre adfærdsændringer. Disse findes både hos de offentlige myndigheder og hos borgerne selv. Hos borgerne handler det om at undgå tab af livskvalitet og arbejdsevne samt at mindske medicinudgifter og stigmatisering, eksempelvis ved overvægt og rygerlunger. I visse tilfælde kan det også handle om at mindske risikoen for amputationer eller et dødeligt udfald. Hos de offentlige myndigheder handler det om, at hver tredje dansker lever med en eller flere kroniske lidelser. Det koster årligt 70-80 % af sundhedsvæsenets samlede ressourcer (Sundhedsstyrelsen 2005). Danmark har med andre ord store incitamenter til at forebygge kronisk sygdom – menneskelige såvel som samfundsøkonomiske.

Den britiske sundhedsforsker Angela Coulter (2011) konkluderer ud fra et sammenlignende regnestykke, at den kronisk syge gennemsnitligt har brug for fem timers pleje og behandling fra en sundhedsprofessionel om året. Til sammenligning plejer og behandler den kronisk syge sig selv gennemsnitligt 8.758 timer om året (Coulter 2012, s. 5). Patienter kan derfor med god grund tænkes som medproducenter af pleje og behandling. I et hverdagsperspektiv spiller den kronisk syge således selv hovedrollen i forhold til egen sygdom. Det er derfor vigtigt at fokusere på folks egen motivation, sociale netværk og personlige ressourcer for at kunne gennemføre adfærdsændringer, der er sundhedsfremmede. En behandlings- og forebyggelsesindsats i Danmark går i høj grad ud på at styrke folk til at kunne gennemføre og fastholde adfærdsændringer til nye vaner og ændrede livsstil.

Sundhedsvæsenet og andre private aktører tilbyder en lang række ydelser og indsatser til behandling og forebyggelse af livsstilssygdomme hos borgerne. En væsentlig udfordring for alle aktører er, at adfærdsændringer ikke kun er en videns- og oplysningsopgave, men også forudsætter konkrete ændringer af gamle vaner og fastholdelse af nye, sygdomsforebyggende vaner. Patientinddragelse er derfor blevet et vigtigt argument for at sikre overførsel af viden fra sundhedsaktørerne/institutionerne til patientens hverdag og dennes opbygning af nye vaner. Øget patientinddragelse forventes både at forbedre patienters behandlingsresultater og det offentlige ressourceforbrug. Ligeledes tiltænkes nye teknologier at kunne støtte samarbejdet mellem patienter og sundhedsprofessionelle. Baggrunden er flere-facetteret, men et væsentligt forhold er den øgede udbredelse af kroniske sygdomme. Som navnet kronisk angiver, findes der ikke en medicinsk kurativ behandling. I stedet kategoriseres livsstilssygdomme som relateret til adfærds mønstre med tobak, alkohol, fejlnæring og begrænset motion.

Sundhedsminister Astrid Krag bifalder således også 'patient empowerment' som en væsentlig løsning på kronikerudfordringen (The 1st European Conference on Patient Empowerment, København april 2012), dvs. patienten skal 'styrkes' via en sundhedsindsats, hvor patienten gives viden og redskaber til selv at tage aktiv del i eget forløb og helbred. Sundhedsvæsenets rolle heri bliver at være faciliterende frem for autoritativ eller bærende (Andersson 2005; 2010). Der varsles således et markant rolleskift fra den lægefaglige compliance-tradition, hvor behandlingen går ud på, at patienten efterlever lægeautoritetens anbefalinger til, at det er patienten, der er i centrum og selv tager føringen på, hvad han eller hun skal have hjælp til. Sat på spidsen er der fra 'compliance' til 'empowerment' lagt op til et paradigmeskift i forståelsen af sygdom. Paradigmeskiftet går fra et hovedfokus på, at behandling og pleje gives af sundhedsprofessionelle til en passivt modtagende patient, til

en aktivitet, hvor patienten (ofte nu også omtalt som borger) er aktiv medskaber af sin sundhed (og sygdom) gennem sin livsførelse.

## 1.2 Formålet med evalueringen af Sunddialog

Sunddialog er et dialogværktøj med tilhørende it-løsning til understøttelse af livsstilsforandringer bl.a. hos folk i risikogruppe for eller med erhvervet kronisk sygdom som diabetes og hjertekarsygdomme. Sunddialog er med andre ord et bud på, hvordan et it-baseret dialogredskab til understøttelse af mødet mellem sundhedsprofessionelle og patienter i almen praksis kan bygge bro mellem den kliniske setting og folks hverdag samt understøtte folk i at fastholde arbejdet med livsstilsforandringer i hjemmet. I dag anvendes Sunddialog ved forebyggelsessamtaler i almen praksis i Region Hovedstaden (Holm 2012). I denne evaluering af it-redskabet Sunddialog ønsker vi netop at afdække den faktiske brug blandt dets primære brugergrupper, nemlig de sundhedsprofessionelle og patienterne, herunder beskrive hvordan de sundhedsprofessionelle med henblik på patient empowerment bruger it-programmet til at inddrage og uddelegere ansvar til deres patienter – og i særdeleshed hvorledes de konkrete patienter oplever brugen af Sunddialog og dets betydning for at styrke deres helbred i et hverdagslivsperspektiv. Væsentligt for at forstå relationen mellem de to brugergrupper er at forstå, hvorledes kommunikationen imellem dem finder sted, hvilken struktur og rammer der for samtalen, og hvilke spørgsmål patienten bliver inddraget med. Og i særlig grad hvilken rolle it-programmet har for deres kommunikation, herunder dets 'logik', altså hvorledes det er opbygget, dets 'begreber', og hvilke 'brugerroller' det tildeler både den sundhedsprofessionelle bruger og patienten som bruger. Med andre ord: Hvilken dialog og interaktion lægger programmet op til i sit design, og hvorledes oplever de sundhedsprofessionelle og patienterne redskabets betydning for deres samarbejde omkring livsstilændringer?

Besvarelse af disse spørgsmål gør det muligt at evaluere, hvilken læring Sunddialog selv lægger op til gennem sit design, herunder også hvilke færdigheder deltagelsen forudsætter hos de forskellige brugergrupper: hvad er det de skal lære, hvad lærer de, og hvorledes hænger det sammen med de ressourcer, de i øvrigt har til rådighed qua klinik og som patienter? Er der tale om empowerment med Sunddialog, altså et paradigmeskift, hvor de sundhedsprofessionelle bliver mere faciliterende (end egentlige sundhedsautoriteter) og frembringer mere aktive patienter? Hvis ja, hvilke rolle har værktøjet heri – og hvis ikke, kan det forbedres ifølge brugerne?

De følgende tre underkapitler giver først et konkret eksempel på anvendelse af Sunddialog it-redskabet i en forebyggelseskonsultation efterfulgt af en uddybning af selve it-programmet, dets opbygning og funktionalitet. Dernæst udfolder et teoriafsnit empowerment-begrebet og it-medieret læring. Teoriafsnittet begrundes dels de ovenstående analyse- og evalueringsspørgsmål, dels leder det over til metodeafsnittets redegørelse for indsamling af data. De to efterfølgende kapitler indeholder analyseresultaterne for henholdsvis patienternes og de sundhedsprofessionelles brug af Sunddialog. De tre afsluttende kapitler opsamler og perspektiverer analyseresultaterne i forhold til evalueringsrammen og de overordnede spørgsmål om empowerment, læring og it-medieret forebyggelsessamarbejde mellem almen praksis og patienter, der benytter Sunddialog.

## 1.3 Præsentation af it-redskabet Sunddialog: Opbygning og baggrund

Følgende er et uddrag af feltnoter fra observation af en forebyggelseskonsultation med Sunddialog i almen praksis. Forebyggelsessygeplejersken og patienten sidder begge foran klinikkens pc-skærm, logget ind på patientens sunddialog-profil, [www.sunddialog.com/](http://www.sunddialog.com/):

*Sygeplejersken vender sig om mod skærmen og trykker ind på mandens "aftaler". Hun spørger, om han har fået "lavet nogle aftaler". Manden siger: "Nu rykker jeg tættere på", og rykker sin stol endnu tættere på skærmen. De to kigger på skærmen. Sygeplejersken klikker på en "aftale" og læser højt: "Vin kun til festlige lejligheder. To liter vand om dagen". Manden siger: "Den der lille problemstilling er under kontrol". Manden forklarer uddybende, at han ikke drikker særlig meget alkohol mere, kun til fester. Han uddyber, at han ikke længere tager vin "med ind til computeren" eller med ind i sofaen om aftenen. Han kommenterer også, at han er begyndt at blive mere bevidst om, hvor meget han egentlig har drukket tidligere. Sygeplejersken kommenterer, at manden er gået fra, at alkoholen var i kontrol, til nu, hvor "det er dig, der er i kontrol".*

*Sygeplejersken læser en anden "aftale" op: "Mere ud i naturen?" Hun læser det op spørgende. Manden svarer: "Det skal jeg love dig for, at jeg er kommet". Manden forklarer, at han nu fisker mindst én gang om ugen, og at han går lange ture. Manden forklarer, at det har givet ham meget mere "overskud" og "mere energi". Han siger afrundende: "Jeg har det godt". Sygeplejersken læser en anden aftale op, der handler om at cykle hver dag. Manden svarer, at dét gør han ikke! Sygeplejersken spørger: "Men du går?" Manden svarer ja, og tilføjer: "På en fisketur sidder man heller ikke på sin flade røv. Man bruger hele kroppen". Sygeplejersken åbner for aftalen og redigerer i den, så der nu i stedet står noget med gåture og fiskeri.*

*Sygeplejersken klikker mandens "ressourcekort" frem på skærmen. Manden kigger på kortet og nikker hen imod nogle ord. Uden at sygeplejersken har sagt noget, siger han: "Så er det noget med målrettethed og handlekraft og...". Manden nævner nogle andre ord, som sygeplejersken også klikker på. Hun kommenterer: "Du har nogle gode ting i din værktøjskasse". Sygeplejersken klikker videre i programmet, men tilføjer: "Husk at bruge dem [ressourcerne], når du ønsker at ændre nogle ting". Sygeplejersken er klikket ind på "gevinstkortet" og spørger: "Hvad har det egentlig givet dig?" Hun snakker om de forskellige ændringer. Manden sidder lidt og tænker: "Motion... livskraft..." Han vælger nogle ord fra skærmen. "Så giver det også lidt selvtillid, at jeg kan". Manden siger lidt efter: "Så står der... sejrssikker, selvsikker, veltilpas". Han pointerer: "Jeg har bevist over for mig selv og andre, hvad jeg kan... Suttekluden er ude".*

Uddraget giver en fornemmelse af hvor centralt it-programmet indgår i konsultationen, dens forløb og deres samtales struktur, samt hvorledes både sygeplejersken og patienten har taget begreber og kategorier fra programmet til sig og bruger dem fremadrettet til at huske og fremme en positiv indstilling til livsstilsændringer.

### 1.3.1 Programmets opbygning: Dialogens struktur og centrale begreber

Sunddialog er opbygget som et interaktivt it-program, der giver struktur til et samtaleforløb mellem behandler og patient. Samtalestrukturen bygger på sundhedspædagogiske teorier omhandlende coaching, empowerment og henholdsvis den anerkendende og den motiverende samtale. Programmets pædagogik har hermed til formål at styrke sundhedsperso-

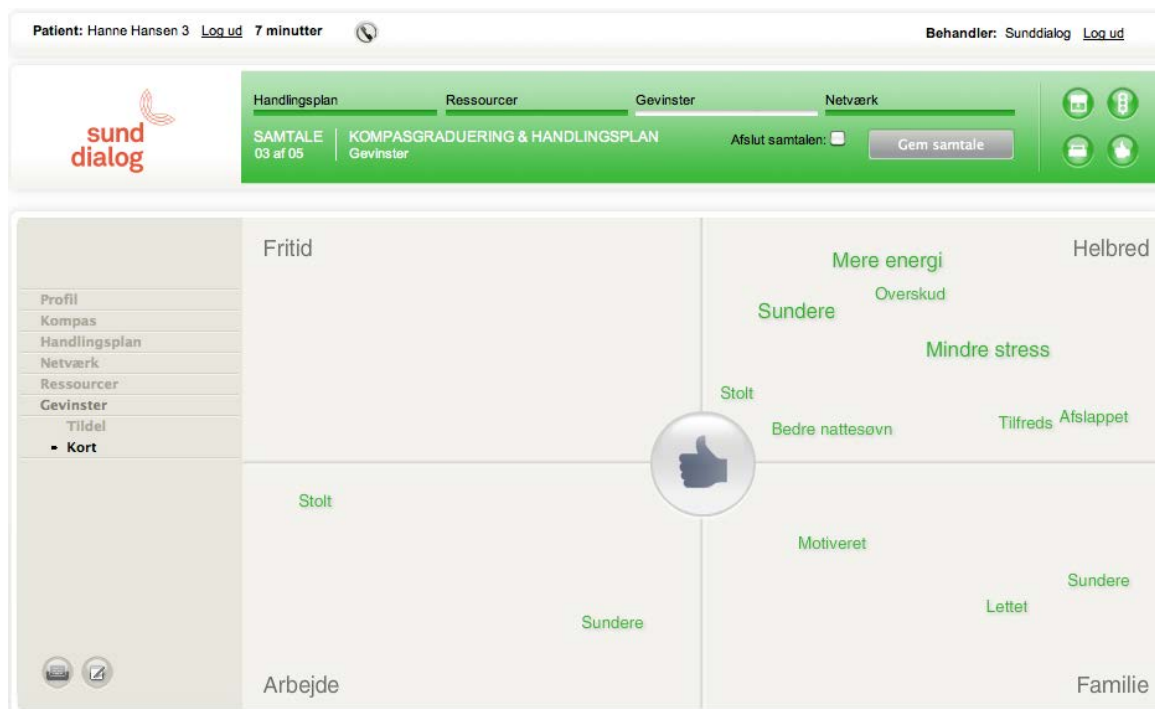
nalet i at hjælpe patienter til selv at identificere sundhedsrelaterede problemstillinger og løsninger (Andersson & Lykke 2010). I kursusbogen til sundhedspersonale anvendt til oplæring i Sunddialog beskrives kernen i programmet og dialogens struktur ved, at opmærksomheden i samtalen mellem behandler og patient skal flyttes "fra sygdommen, som er lægens fagområde, til sundhedsadfærden, som er patientens ansvarsområde" (Andersson & Lykke 2010).

Et forløb med Sunddialog tilbydes typisk af praktiserende læge eller sygeplejerske i almen praksis til patienter, der eksempelvis henvender sig på baggrund af et ønske om vægttab. Dette ønske kan hænge sammen med et videre ønske om at nedsætte et forhøjet blodtryk eller risikoen for at få diabetes – eller for de, der har diabetes, at mindske risikoen for at skulle tage insulin i fremtiden. I afsnit 3.3.2 vil vi komme nærmere ind på, hvilke patientgrupper de forskellige klinikker tilbyder et Sunddialog-forløb.

Ved opstartssamtalen lægger behandleren vægt på, at patienten selv giver udtryk for, at han eller hun eksempelvis ønsker at tabe sig. Henvendt til deres patientgruppe skriver en almen praksis om Sunddialog på deres hjemmeside: "Det kræves af dig, at du er motiveret til at ville arbejde med fornuftige livsstilsændringer. Til gengæld hjælper Sunddialog dig til at gennemføre de nødvendige ændringer i hverdagen, så du lever sundere og oplever større livskvalitet" (RødovreLægehus.dk). I opstartsfasen udfylder patienten selv eller i samarbejde med behandleren et sundhedsskema, hvor han/hun svarer på sundhedsrelaterede spørgsmål og vælger, hvilke fokusområder vedkommende ønsker at fokusere på i samtaleforløbet. Dette kan eksempelvis være vægttab, rygning, humør, alkoholindtag eller andet. Fysiologiske målinger relevante for hver enkelt patient kan indtastes løbende, og udviklingen i tallene kan visualiseres i grafer undervejs. Disse målinger kan eksempelvis være vægt, taljemål, blodsukkerniveau, blodtryk eller lignende.

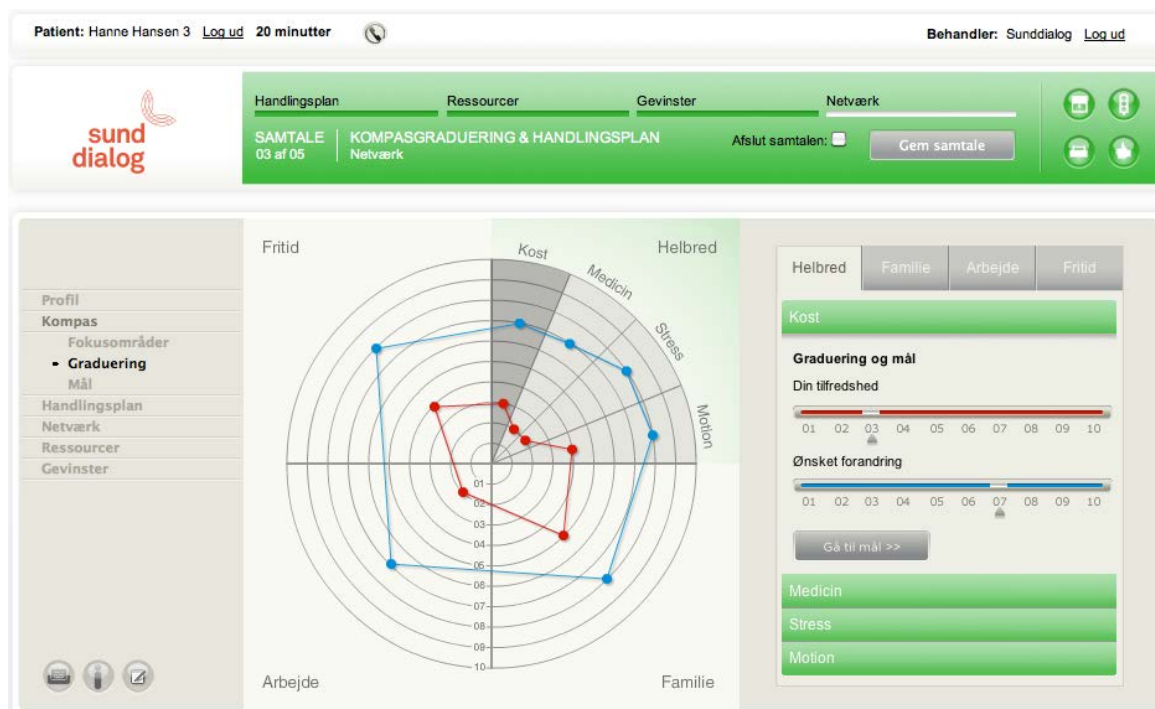
I løbet af seks måneder møder patienten behandleren 6-8 gange. Samtalerne varer omkring 15-30 minutter pr. gang. I løbet af perioden arbejder behandler og patient især med at omdanne patientens overordnede mål til mindre, konkrete opgaver. Patientens realisering af opgaverne forberedes gennem samtaler med fokus dels på patientens egne positive ressourcer for at gennemføre en opgave, dels patientens forventninger til gevinster ved at gennemføre det planlagte (opgaver, ressourcer og gevinster er begreber, der anvendes i Sunddialog). Eksempelvis kan det overordnede mål 'at tabe sig' brydes ned i mindre, konkrete opgaver som at spise grønt hver dag til aftensmaden, at cykle en gang om ugen, kun at drikke alkohol i weekenderne eller at melde sig ind i et fitnesscenter. På denne måde søger Sunddialog at dreje fokus væk fra store overordnede mål, der kan opleves u håndgribelige og uopnåelige, og over på konkrete opgaver der kan 'vinges af' undervejs i et forløb. Programmet søger her at skabe en løbende oplevelse af succes frem for fiasko hos patienten (begge begreber anvendes af Sunddialog). Til at hjælpe med at holde fokus på de konkrete opgaver diskuterer behandler og patient, hvilke ressourcer patienterne skal trække på for at gennemføre opgaverne. Det kan eksempelvis være, at patienten er struktureret og god til at planlægge sin tid, og hermed at vedkommende kan arbejde på at få cykelturen tidsmæssigt passet ind i hverdagens travlhed. Når patienten møder op hos behandleren, diskuterer de to nærmere, hvilke gevinster patienten fik ud af at gennemføre cykelturen, eksempelvis mere selvtillid og lyst til at hoppe på cyklen igen.

**Figur 1.1** Skærbillede af Gevinstkortet i Sunddialog



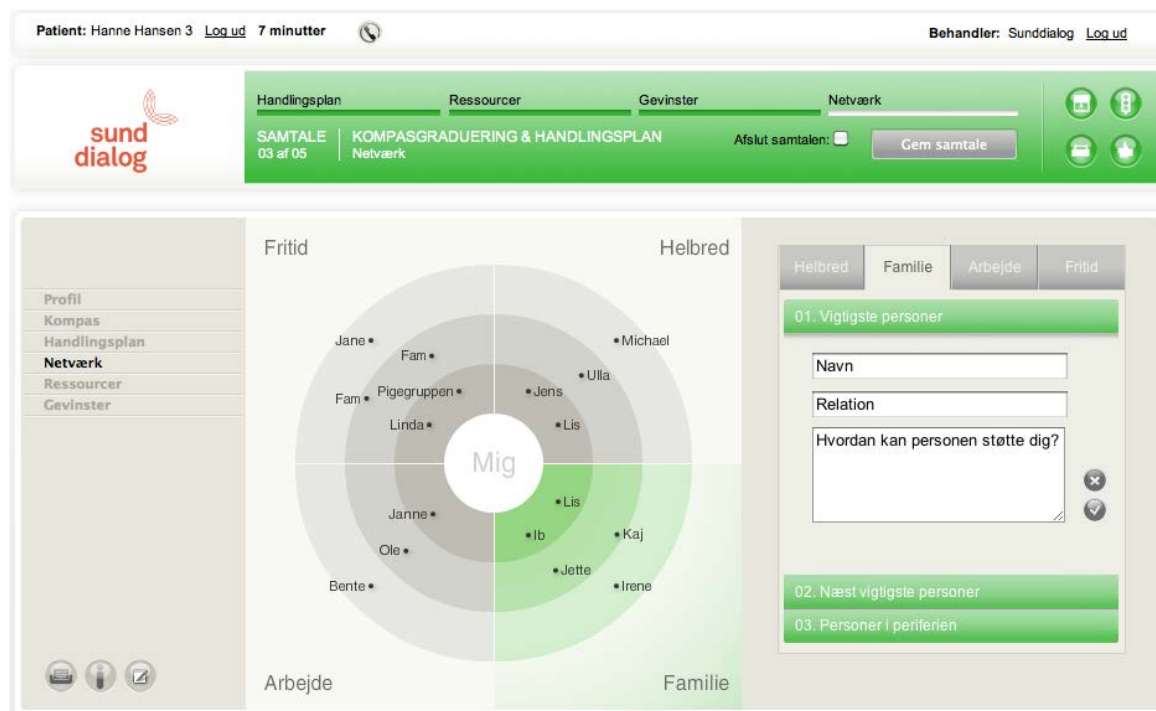
Sunddialog arbejder yderligere med et trivselskompas inddelt i fire livsområder: helbred, familie, arbejde og fritid. Kompasset skal hjælpe med at tydeliggøre sammenhænge imellem forskellige områder i livet, og hvordan eksempelvis stress på arbejdet eller konflikter med familiemedlemmer kan have indflydelse på, hvor meget overskud hver enkelt har til at gennemføre de opgaver, han/hun har sat sig for.

**Figur 1.2** Skærbillede af Kompasset i Sunddialog



Samtidig bliver patienten præsenteret for et netværkskort, hvor han/hun bliver bedt om at reflektere over, hvilke personer i de forskellige områder af livet (helbred, familie, arbejde og fritid) der særligt kan støtte ham/hende i de opsatte mål, fx en yogalærer, søster, kollega eller veninde.

**Figur 1.3** Skærbillede af Netværkskortet i Sunddialog



Hver patient har adgang til sin egen profil hjemmefra, såfremt vedkommende har adgang til computer og internet. Patienterne kan selv tilføje nye opgaver i programmet i tidsrummet mellem møderne med behandleren. Efter afsluttet forløb tilbydes relevante patienter et opfølgende forløb bestående af 2-4 samtaler fordelt med 2-6 måneders intervaller. Det er op til hver enkelt behandler og patient, om en patient skal fortsætte i et opfølgende forløb.

Som introduktion til programmet tilbydes sundhedspersonale et 3-dages basiskursus i teknikkerne bag og brugen af Sunddialog med mulighed for et 1-dags opfølgingskursus. Sundhedspersonalet har ydermere mulighed for at dele og diskutere erfaringer med programmet indbyrdes i et online supervisorsforum.

### 1.3.2 Historik

Sunddialog har siden 2007 gennemgået forskellige udviklingsfaser fra pilotprojektet (2007) over driftsafprøvningen (2008-2010) til udbredelse som en del af kronikerprogrammet i Region Hovedstaden (2010-2012). Denne var finansieret af puljer i Indenrigs- og Sundhedsministeriet til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom. Sunddialog hørte under de projekter, der omhandlede patientuddannelse og egensomsorg. Der foreligger eksterne evalueringer fra pilotprojektet (CASA 2008) og fra driftsafprøvningen (CASA 2010). I udbredelsesfasen (2010-2012) er 200 praksispersonaler blevet uddannet i brugen af Sunddialog, og ca. 3.500 patientforløb er igangsat. Praksispersonalet har primært tilhørt almen praksis i Region Hovedstaden, men også få sygeplejersker og diætister fra ambulatorier i Region Hovedstaden er blevet uddannet i brugen af Sunddialog.

Evalueringen fra 2010 (CASA) pegede i retningen af, at patienterne i højere grad lykkedes med vedvarende livsstilsændringer ved brug af Sunddialog, herunder opnåede sundere madvaner, øget fysisk aktivitet, vægttab, mindre træthed og stress, bedre selv vurderet helbred og en øget tro på, at egen indsats nytter. Samtidig pegede evalueringen på, at relationen mellem behandler og patient blev styrket gennem brugen af Sunddialog, og at behandlerne oplevede, at Sunddialog gav en større tryghed i forhold til at gennemføre forebyggelsessamtaler.

Siden CASAs evaluering fra 2010 har nogle af de organisatoriske og strukturelle vilkår omkring Sunddialog ændret sig. Honorarstrukturen i almen praksis blev eksempelvis ændret i de praktiserende lægers overenskomst fra 2011, og ydelsen til forebyggelseskonsultationer trukket tilbage. Det betyder, at det økonomiske incitament til at afsætte tid til at gennemføre grundige forebyggelsessamtaler i almen praksis stort set er bortfaldet. Dette har resulteret i en udfordring for Sunddialogs struktur, der oprindeligt byggede på muligheden for at afholde 20-30 minutters forebyggelsessamtaler. Programmet er derfor i dag videreudviklet til at kunne favne en mere fleksibel tidsramme med det formål at tilpasse sig den kliniske virkelighed i almen praksis. Som nævnt i baggrundsafsnittet bevæger politiske prioriteringer sig samtidig i retning af, at patienten skal opnå større uafhængighed fra behandlerne, og der tænkes derfor fremadrettet i, hvordan Sunddialog kan videreudvikles til i højere grad at blive et egen-monitorerings- og patientcentreret redskab, hvor folk kan opnå større uafhængighed af de sundhedsprofessionelle i deres personlige arbejde med at omlægge vaner. Endelig er det fortsat en diskussion, hvor patientrettet forebyggelse i fremtiden skal placeres i det danske sundhedsvæsen, og hermed også hvor Sunddialog i fremtiden skal finde sin plads.

Indeværende evaluering bygger videre på evalueringen fra 2010 og på ovenstående politiske og organisatoriske diskussioner. Som tidligere nævnt er formålet med evalueringen primært at afklare processerne i et Sunddialog-forløb, herunder den konkrete interaktion mellem behandler, patient og program for at klargøre, hvilke elementer der specifikt ligger til grund for vellykkede adfærdsændringer: Hvordan understøtter Sunddialog det enkelte menneske i at lykkes med deres opstillede mål, og hvordan kan disse processer anskues i et empowerment-perspektiv?

## 1.4 Evalueringsramme: Ikt-medieret læring og empowerment

I begrebet 'patient empowerment' ligger der en åbning mod at flytte magt (empower) fra sundhedspersonalet til patienterne selv. Patienterne skal styrkes eller forstærkes til selv at handle og tage ansvar for deres helbredssituation. Her indgår muligheden for at vælge ud fra egne værdier og have den fornødne viden og ressourcer til øget egenomsorg. De sundhedsprofessionelle skal understøtte processen ved at stille information og viden til rådighed, således at patienten gives handlemuligheder og kan lære at håndtere sin sygdom ud fra egne værdier og behov. Der er således lagt op til en ligeværdig og mindre hierarkisk relation mellem den sundhedsprofessionelle og patienten. Formålet er at "styrke patientens ressourcer og styrke vilje til at tage ansvar for sine beslutninger og handlinger" (Mabeck 2005).

Finn Olesen sammenfatter i artiklen 'Den forstærkede patient. Om Patientinddragelse og empowerment' (2010) begrebets historiske baggrund og nogle af de dilemmaer, der knytter sig til definitionen af både begrebet patient og ideologien empowerment. Dilemmaerne omhandler, om patienterne både vil, kan og bør tage mere ansvar, eller om ansvarsoverdragelsen mere handler om:

- At patienter gerne vil gøre, som de sundhedsprofessionelle forventer, og altså derfor mere er et udtryk for et afhængighedsforhold til sundhedspersonalet og deres sundhedsfaglige rationaler end udtryk for patientens eget mål og ønske om selvstændighed.
- At patienter med kroniske lidelser af samfundsøkonomiske hensyn skal/kan bidrage til besparelser som "ulønnet merarbejde" (Ibid. s. 329), underforstået at borgerne har ressourcerne og fri tid til det.
- At nogle patienter netop er patienter i den klassiske betydning af patientbegrebet ved at være svækkede (fysisk, psykisk, socialt og/eller kognitivt) og derfor ikke bør pålægges at være mere aktive og selvansvarlige.

Olsen konkluderer derfor, at der kan være en utilsigtet risiko ved, at et paradigmeskrift, der skal sikre patienter mere indflydelse, kan være blind for menneskers faktiske situation og vilkår for at påtage sig mere ansvar. Risikoen er her, at patienten belastes og isoleres ved sundhedsvæsenets empowerment-tiltag frem for det modsatte. Centralt for evaluering af empowerment med Sunddialog er derfor også tillægsspørgsmålene:

- Hvilken ideal patientbruger er indskrevet i designet af Sunddialog it-redskabet, og hvorledes oplever patienterne deres brugerrolle?
- I hvilken grad oplever patienterne sig styrkede og uafhængige – individuelt og socialt – frem for risikoen for isolation og merbelastning?

De efterfølgende underafsnit uddyber den it-medierede læringsdimension af empowerment.

#### 1.4.1 Læringsbegrebet i empowerment

Central for empowerment-begrebets teoretiske ophav er undertrykkelsens pædagogik af Paulo Freier (Freier 2006). Her fremhæver Freier, at empowerment ikke kun har en individuel, men også en social dimension. Empowerment vedrører med andre ord mere end et individs mulighed for at identificere sine problemer og handle, idet det også skal ses som en 'social handling', der involverer en gruppes forsøg på at:

- identificere deres problemer
- kritisk evaluere deres sociale og historiske rødder
- udvikle strategier til at overkomme forhindringer i at realisere deres mål<sup>1</sup>

Ligeledes kan empowerment både ses som et resultat og som en proces. Empowerment som et resultat kunne eksempelvis være patienten, der fra at være afhængig af sundhedsydelser bliver selvhjulpne og uafhængig af hjælp, fordi han eller hun gennem en intervention nu både kan identificere sine problemer og løse dem autonomt. Hvis empowerment derimod ses som en proces, er netop det at erkende et problem og handle tilstrækkeligt herpå noget, der løbende opstår. Processen er med andre ord i sig selv det 'forstærkende' element, idet patienten søges at blive inddraget til selvstændigt at tage stilling til og handle på sin specifikke situation. I procesudlægningen af empowerment-begrebet bliver man så at sige aldrig færdig, men det er en måde at være til på og indgå i samspil med andre med henblik på at kunne handle frem for at være (holdt) passiv (Uden-Kraan et al. 2009). Opsummerende vil det sige, at it-støttet empowerment både kan ses som:

---

<sup>1</sup> Freires tanker er siden relateret til sundhedsfaglige uddannelser, eksempelvis medicinuddannelsen af Wallerstein 1988 til medicin, og sygepleje af Gibson 1991.



- øget individuel autonomi
- et socialt tilhørsforhold til fælles problemforståelse og muligt (strategisk) handlerum

Samt at disse identiteter enten:

- er et resultat af eksempelvis teknologien
- eller noget der først opstår gennem den teknologiske mediering (Wentzer & Bygholm, 2013).

Dette giver samlet et komplekst billede af empowerment, hvorfra der lader sig udlede følgende metode- og analysespørgsmål:

- Hvordan oplever brugerne selv empowerment i forhold til deres problemforståelse, mål og hverdag, herunder ressourcer og sociale fællesskaber med andre?

Brugerne er her både de sundhedsprofessionelle brugere og patientbrugerne. Deres mål relaterer sig både til klinikken som den handlings- og praksissammenhæng, de sundhedsprofessionelle indgår i, og for patientbrugerne også til brugen af Sunddialog i hjemmet og til interaktionens betydning for hverdagslivet, læring og problemforståelse.

#### 1.4.2 It-medieret interaktion og læring

Den kulturteoretiske tradition, også kaldet virksomhedsteorien eller 'activity theory', giver en teoretisk ramme for at studere it-medieret læring (Cole 1991). I det følgende gengives teoriens grundbegreb kort med henblik på at forklare de niveauer af læring, der er på spil ved brug af it-redskaber. Disse grundbegreber gør det muligt at udlede analysespørgsmål til uddybning af dilemmaer for empowerment med Sunddialog.

Ifølge virksomhedsteorien er individets læring og interaktion med omgivelserne altid medieret gennem artefakter, herunder redskaber af symbolsk karakter, eksempelvis sprog, og af materiel karakter, eksempelvis en hammer (Kuutti 1995). Artefakterne former menneskets psyke, kaldet læring, og omgivelserne de anvendes på. Mennesket er således grundlæggende både redskabsbrugende og kulturproducerende. En forudsætning for interaktionen mellem bruger og verden er følgende tre karakteristika:

- At subjektet har de operationelle færdigheder til at anvende redskabet, eksempelvis at læse dansk.
- At der er et mål for, hvad subjektet skal frembringe med redskabet, eksempelvis informere en samarbejdspartner.
- At den samlede aktivitet har et formål, kaldet et motiv, eksempelvis at få bedre sundhed.

De operationelle færdigheder i fx at læse eller bruge en pc opnås gerne ved instruktion og øvelse. Det næste niveau relaterer sig til, hvad man forventer at frembringe med redskabet, fx lægen der registrerer i et it-system for at få overblik over sine patienter, antallet af konsultationer, undersøgelsesresultater, aftaler osv. Motivniveauet omhandler redskabets kulturelle værdi: Hvorfor deltager man? Sidstnævnte er vanskeligt at studere empirisk, da de praksis og sociale fællesskaber, som mennesker indgår i, ofte er selvfølgerlige og mere eller mindre uerkendte. Motivet for at anvende Sunddialog i almen praksis kan indlysende nok skyldes ønsket om at støtte sygdomsforebyggelse hos patienterne. Men der kan også være flere og forskelligartede motiver for at anvende Sunddialog i almen praksis såsom

praktiske, politiske, økonomiske og kollegiale forhold, der også influerer på, hvorfor it-programmet er implementeret eller ikke bruges. Har de økonomiske vilkår for, at lægerne kan tilbyde forebyggelsessamtaler til deres patienter, eksempelvis ændret sig og tænkes at have en betydning for motivet for at bruge Sunddialog-værktøjet? Eller er der andre og stærke motiver i spil, som kan opretholde brugen, hvis et oprindeligt motiv forsvinder? Disse spørgsmål vil blive besvaret i konklusionen.

Centralt for brugerevalueringen af Sunddialog er derfor på alle tre niveauer – det operationelle, formålet og motivet – at afdække, hvilken læring it-redskabet lægger op til i sit design. Hvorledes de forskellige brugergrupper – patienter, sygeplejersker og læger – oplever brugen, herunder de færdigheder, som deltagelse i aktiviteten forudsætter hos både de sundhedsprofessionelle og hos borgerne. Hvad er det de skal lære, hvad lærer de, og hvorledes hænger det sammen med de ressourcer, de i øvrigt har til rådighed qua klinik og som empowered patient?

## 1.5 Metodetilgang og empiri

### 1.5.1 Observationsstudier, interview og oversigt over empiri

Evalueringen bygger på en kombination af observationsstudier og interview. I begyndelsen af evalueringsforløbet blev der observeret ved konsultationer i fire forskellige almene praksis, hvor Sunddialog blev brugt som samtaleværktøj. I den ene praksis blev konsultationer, hvor Sunddialog ikke direkte blev anvendt som værktøj, også observeret – specifikt forebyggelsessamtaler og diabeteskontroller. Under observationerne blev der særligt fokuseret på kommunikationen mellem behandler og patient på skærmen og den konkrete brug af Sunddialog-programmet, men også på brugen af Sunddialogs samtalestruktur og begreber i konsultationsforløbet i øvrigt. Under konsultationssamtalerne, hvor Sunddialog ikke blev anvendt, blev der særligt fokuseret på, om samtalestrukturen fra Sunddialog gik igen, og hermed hvilke ligheder og forskelligheder der kunne observeres fra direkte eller ingen brug af Sunddialog-programmet. Der blev løbende noteret under observationerne og mere udførligt efter hjemkost, så der senere kunne vendes tilbage til centrale citater og situationer fra de forskellige konsultationer.

Observationsstudiet lå til grund for de efterfølgende interview af sundhedspersonale og patienter. I interviewene af praksispersonale blev der spurgt særligt ind til brugen af Sunddialog som værktøj i forebyggelsessamtaler – både professionelt for behandlerne selv og refleksioner i forhold til, hvorvidt og hvordan programmet understøttede patienterne i at gennemføre livsstilsændringer. I patientinterviewene blev der spurgt generelt ind til helbred, tidligere målsætninger og forsøg i forhold til at ændre vaner og til brugen af Sunddialog – her særligt refleksioner i forhold til, hvordan Sunddialog støtter/ikke støtter den enkelte i at gennemføre specifikke livsstilsændringer. Hos enkelte patienter blev brugen af Sunddialog også observeret i hjemmet. Alle patientinterview på nær ét foregik i patienternes egne hjem. Afslutningsvis blev praktiserende læger interviewet om refleksioner over Sunddialogs nuværende og fremtidige rolle i almen praksis. Alle interview blev optaget og efterfølgende transskriberet. Nedenstående er en samlet oversigt over indsamlet empiri:

- 4 observationsstudier af konsultationer i 4 almene praksis, hvor Sunddialog både blev og ikke blev direkte anvendt som værktøj
- 16 interview med patienter i egne hjem (7 som var i gang med et Sunddialog-forløb, 8 som var afsluttet, og 1 som var sprunget fra undervejs)

- 6 interview med behandlere/praksispersonale (5 enkeltmands telefoninterview med sygeplejersker og 1 interview afholdt med to sygeplejersker i almen praksis)
- 2 telefoninterview med praktiserende læger

Samlet set har vi observeret eller interviewet sundhedspersonale og patienter tilknyttet 12 forskellige almene praksis.

### 1.5.2 Uddybende om patientgruppen

I begyndelsen af evalueringen sigtede projektet mod at inkludere et lige antal patienter med diabetes type-2 og hjertekar-relaterede lidelser (eksempelvis forhøjet blodtryk eller kolesterol). Samtidig søgte evalueringen at inkludere 6 patienter, der var i gang med et forløb; 6 patienter, der havde afsluttet et forløb, og 4 patienter, der var faldet fra undervejs i et forløb (16 i alt). Da det var vanskeligt at komme i kontakt med patienter, der var faldet fra undervejs, inkluderede studiet i stedet 7 igangværende patienter, 8 afsluttede og 1, der var sprunget fra midt i et forløb. Af de i alt 16 patienter var de 10 kvinder og de 6 mænd. De var aldersmæssigt fordelt fra en sidst i trediveerne til en i starten af halvfjerdsere. De 16 havde meget forskellige uddannelsesmæssige baggrunde, eksempelvis selvstændig butik-/firmaejer, ufaglært fabriksarbejder, ingeniør, pædagog, merkonom, butikslært, tolk, bogholder, graver, sygeplejerske og bankuddannet.

Alle medvirkende patienter på nær én var startet op i et Sunddialog-forløb på grund af et ønske om vægttab; den sidste patient på grund af et ønske om rygestop. Udover vægttab og rygestop arbejdede alle patienter også med andre fokusområder, eksempelvis med humøret og med at styrke relationer til familiemedlemmer og bekendte. Nedenstående tabel giver en oversigt over de medvirkende patienter fordelt på diagnoser. Flere havde mere end én diagnose. Et par stykker blev inkluderet i studiet, selvom de hverken led af diabetes eller af hjertekar-relaterede lidelser. Dette skyldtes bl.a. en prioritering i forhold til at få flere mandlige deltagere i studiet samt finde en deltager, der var sprunget fra undervejs i et forløb. Alle patienter og behandlere er blevet tildelt pseudonymer.

**Tabel 1.1** Oversigt over interviewede patienter fordelt på diagnoser (og overvægt), samt hvor i forløbet de hver især befandt sig på tidspunktet for studiet

	Igangværende (7)	Afsluttet (8)	Sprunget fra (1)
Diabetes	3	5	0
Hjertekar	1	4	0
KOL	1	0	0
Depression	1	1	0
(Overvægt)	7	7	1

## 2 Sunddialog i spændet mellem almen praksis og hjemmet

Dette hovedafsnit omhandler den konkrete brug af Sunddialog – både brugen af programmet specifikt og brugen af programmets struktur og retorik i øvrigt. De første afsnit omhandler patienternes forskellige oplevelser af at gå i et Sunddialog-forløb. De efterfølgende afsnit suppleres med praksispersonalets brug af og oplevelser med Sunddialog samt mere generelle refleksioner fra praktiserende læger over Sunddialogs rolle i almen praksis. Hvert afsnit åbnes med en specifik personberetning med det mål at give læseren en indsigt i spændvidden og nuancerne i brugen af Sunddialog blandt de mennesker, der er inkluderet i denne evaluering. Hver personberetning understøttes af og diskuteres op imod andre patienters og praksispersonales specifikke oplevelser og fortællinger. Hver af de følgende afsnit og personberetninger åbner samtidig op for specifikke tematikker i forbindelse med brugen af Sunddialog, som alle løbende diskuteres i forhold til empowerment-begrebet.

### Ibrugtagningstematikker

Tematikkerne i de afsnit, der behandler patientperspektivet, befinder sig på forskellige abstraktionsniveauer. Det første afsnit 2.1 fokuserer på, hvordan Sunddialog kan bruges til at sætte fokus på en specifik diagnose, inkl. overvægt, og hvordan specifik viden og konkrete handlinger kan føre til målbare, fysiologiske resultater (eksempelvis væggtab). Det andet afsnit 2.2. bevæger sig videre herfra og viser, hvordan Sunddialog-programmets set-up og visuelle dimensioner også kan igangsætte refleksionsprocesser hos den enkelte bruger og tilvejebringe nye selvopdagede mål hos patienten, inkl. mål ud over fysiologisk målbare resultater (eksempelvis oplevelser af at være mere nærværende i forhold til mand og børn). Det tredje afsnit 2.3 bygger videre på de foregående og viser, hvordan Sunddialog også kan rokke ved større psykologiske aspekter af den enkeltes tilværelse og medføre eller styrke den enkelte bruger i psykologiske indsigter, eksempelvis i forhold til sammenhænge mellem følelsesliv, oplevelser af identitet og kaos samt kost- og motionsvaner. Det fjerde afsnit 2.4 fokuserer på, hvordan Sunddialog hos visse brugere også kan tilvejebringe nye sociale handlinger og styrkede fællesskaber, eksempelvis i forhold til konflikter og sammenhold med familiemedlemmer. Det femte afsnit 2.5 diskuterer, hvordan de medvirkende patienter alle beskriver, at det kræver tid og overskud at gennemføre livsstilsændringer, herunder også at gennemføre et forløb med Sunddialog. Samtidig viser afsnittet også, at arbejdet med at gennemføre livsstilsændringer – på godt og ondt – kan medføre en ny kropsbevidsthed. Det sjette og sidste afsnit 2.6 om patientperspektiver på Sunddialog diskuterer egenomsorg og empowerment i forhold til de sociale relationer og fællesskaber, det kan kræve at drage tilstrækkelig omsorg for sig selv.

Fælles for patienterne i evalueringen er, at alle tidligere har forsøgt sig med eksempelvis væggtab eller rygestop. De efterfølgende personberetninger skal derfor læses ud fra en kontekst, hvor hver enkelt patient ofte i en årrække har forsøgt at gøre en indsats i forhold til et helbredsrelateret problem. For de fleste gælder, at de i perioder er lykkedes med deres tiltag og i andre perioder ikke. De specifikke tiltag spænder vidt – fra deltagelse i væggtabsprogrammer, deltagelse i forløb med diætister, medlemskab af fitnesscentre, deltagelse på rygestopkurser, forsøg med specifikke kure som protein- og pulverkure, terapeutiske forløb osv. Alle de medvirkende har således tidligere erfaringer med selv at opsøge og forsøge at ændre specifikke vaner. Samtidig er det fælles for alle medvirkende sygeplejersker, at introduktionen til Sunddialog ikke er første gang, de arbejder med at støtte folk i at gennemføre livsstilsforandringer. Således har sygeplejerskerne tidligere erfaringer med at ar-

bejde med livsstilsforandringer fra eksempelvis forebyggelsessamtaler, dvs. de har forhåndsviden om særlige udfordringer i forbindelse med at støtte folk i at ændre vaner. Sunddialog er således for alle parter et værktøj, der både samler og strukturerer problematikker, som alle tidligere har stiftet bekendtskab med, men som samtidig – for mange – også kaster nyt lys over disse gamle og velkendte problematikker.

## 2.1 Diagnoser og fysiologiske mål

### Patienten som bruger

*Freddy er en 68-årig pensioneret arbejdsmand. Han har to voksne døtre med sin kone og to børnebørn – "to dejlige prinsesser". Han og konen bor i en toværelses lejlighed i et tæt beboet område, hvor han har et stort socialt netværk. Freddy gennemførte et Sunddialog-forløb for nogle år tilbage med mål om at tabe sig og stoppe med at ryge. Freddy har både diabetes type-2, tendens til forhøjet kolesterol og forhøjet blodtryk. Freddy kan ikke gå i motionscenter eller cykle, da arbejdsslid og -ulykker har begrænset hans fysiske bevægelighed væsentligt. I stedet motionerer han med daglige gåture på 3-6 km, hvor han går omkring konens dagplejestue eller over til datteren på en fælles indkøbstur. I sommerweekenderne kan han nå op på 18-20 km. Han luger forsigtigt ukrudt i sin kolonihave, hellere over to dage end at gøre sig færdig den samme dag, han starter. For han har lært sig at tage sig den tid, kroppen har brug for. Freddy har også ændret sine madvaner. Som han selv siger, har han ikke spist en pizza i to år, og wienerbrødet i hverdagen er erstattet af andre, sundere madvaner. Han følger Sunddialog-sygeplejerskens råd om, at "alt på to ben er sundere end det på fire" – med undtagelse af hans tidligere ugentlige ritual med at spise "gåsebryst" fra bageren. Freddys adfærdsændringer via Sunddialog-programmet er en succeshistorie. Hans helbred og livskvalitet er forbedret. Han er ikke længere stakåndet, når han tager trapperne, og han er tilfreds med sin vægt. Den største ændring i Freddys liv har dog ikke været adfærdsændringer i forbindelse med Sunddialog, men dem der er fulgt med tabet af hans fysiske formåen efter arbejdsulykker og deraf følgende tab af arbejdsevne og et aktivt arbejdsliv. Han har fastholdt sin gode kontakt til tidligere kollegaer og arbejdsgiver. Freddy bruger ikke computer eller anden it. De nye kost- og motionsvaner har han gennemført sammen med sin yngre kone, som tjekker Freddys Sunddialog hjemmefra og står for at lave maden. Fader- og familierollen er en central motivationsfaktor for Freddy koblet med "inspirationen" fra Sunddialog-samtalerne. Dette afsnit vil især fokusere på, hvordan Freddy beskriver, at enkle råd og vejledning fra sygeplejersken har medført mål-bare resultater.*

*Freddy har været afsluttet i Sunddialog i omkring to år og har siden fastholdt et vægttab på 23 kg fra 119 kg til 96 kg. Derudover har han reduceret sit cigaretforbrug fra 20-25 cigaretter om dagen til 6-7. Han har også nedbragt sit medicinforbrug og indtager nu dagligt kun en pille mod diabetes fremfor tidligere tre.*

### 2.1.1 Freddys forløb i Sunddialog: konkrete mål og adfærdsændringer

Freddys deltagelse i Sunddialog-programmet ligger som sagt år tilbage. Han anvender ikke selv Sunddialogs begreber om kompasset, gevinster osv. Han anvender heller ikke it-programmet hjemmefra. I stedet er det konen, der kigger hjemme på pc'en, hvilke aftaler Freddy og sygeplejersken har lavet. Freddy og hans kone taler heller ikke så meget om Sunddialog, som de har gjort tidligere. Alligevel er det klart, at Freddy stadig har sine mål for øje og har indarbejdet den viden og de vaner, der gør det muligt for ham at gennemføre motions- og kostændringer med fokus på grønsager og mindre fedt i dagligdagen. Freddy

har måttet lære meget om kost, men også om sin krop. Han genkalder sig: "Så skulle man finde ud af, hvad mit mål var i forhold til vægttab og nogle andre ting, som jeg ikke kan huske. Hvem jeg havde i min sociale omgangskreds og lignende. Det var helt nye spørgsmål at få smidt i hovedet for mig". Og: "Alt på to ben er sundere end det på fire, fløde er usundt, smør dårligt for kolesterol og så videre. Vi [sygeplejersken og ham selv] kom vidt omkring og ind på mange ting, som jeg slet ikke var klar over". Nogle af de ting, som Freddy særligt reflekterer over, er indsigten i madvarers og motions betydning for hans diabetes. Hans egen mor fik fjernet sit ene ben ad flere omgange på grund af diabetes. På daværende tidspunkt vidste man dog mindre om sammenhænge mellem kost, motion og diabetes. Freddy understreger, at han ikke vil risikere at lide samme skæbne.

Freddy har haft flere arbejdsskader og været igennem flere større operationer for at forbedre sin funktionsevne. Tiden efter operationerne har gjort et voldsomt indtryk på ham, både frygten for at vende tilbage til de samme vilkår på arbejdspladsen og for at vende hjem til konen og "finde en seddel". Han genkalder sig også en konkret oplevelse, han havde på hospitalet efter en af sine operationer, hvor han fik besøg af sin dengang 10-årige datter. Han beskriver, hvordan datteren forventningsfyldt løb mod ham for at kaste sig i hans arme og hans efterfølgende erkendelse af, at han risikerede ikke at kunne holde hende, men at tabe hende. Tiden fra rullestolen til gangstativ tog ham et halvt år: "Det har kostet mig blod, sved og tårer". Freddy beskriver også, hvordan tabet af fysisk førlighed bragte ham ud i en identitetskrise: "Jeg har altid været fyldt med krudt... da jeg sad i kørestolen og ikke kunne noget – det var ad helvedes til... Jeg sagde til min datter, at hvis far kommer til at sidde i en sådan kørestol her efter den sidste operation, så må du tage ham med til Møns Klint og så bare smide ham ud over. Jeg kunne ikke leve det liv der".

I dag er Freddy, i forlængelse af førtidspension, blevet folkepensionist. Han føler sig frisk og rask, men har "sådan nogle småskavanker, hvor jeg kan tabe ting". Ifølge hans læge må han "ikke løbe, løfte ting over 5 kg, klatre på stiger, lægge sig på knæ eller køre på cykel på grund af mulige knæbelastninger". Freddys muligheder for at opnå et vægttab ved hjælp af fysiske aktiviteter har derfor været begrænset. Sunddialog-samtalerne har i den forbindelse været en inspiration. Freddys interesse for mad er desuden kommet som "en hobby". Det er ellers konen, der står for den daglige madlavning, men Freddy selv har fået en ny forståelse og interesse for mad. Han går bl.a. på et madlavningskursus med en ven og lærer her om alverdens retter: "I morgen skal vi lave asiatisk mad, vi har lavet indbagt laks med smeltet ost – det kunne jeg godt lide og kan bruge det som sund mad – du kan også komme kylling i. Ellers er det fx andebryst, og det er også fint, men sovsen er nok ikke".

Freddy beskriver tiden i Sunddialog som en proces, hvor han og sygeplejersken "var inde og se på, hvor langt jeg var kommet i forhold til idealet og mine mål". "Det var fint nok, jeg blev positivt overrasket og tænkte, at hvis det kan lade sig gøre, så kan det andet også... Man er nødt til at blive heroppe, 'det er mig der bestemmer', og så holde den. I den periode, hvor der ikke skete noget, var jeg dernede, hvor jeg tænkte, at det kunne være lige meget, må jeg indrømme, men jeg holdt fast, og så kom den [vægten] ned". "Nu kan jeg sagtens holde det. Uden problemer".

### 2.1.2 Relationen til Sunddialog og til behandleren: Sygeplejersken som det anerkendende element

Det er tydeligt for Freddys proces med at genoptræne sig fra kørestolen, nedsætte sit cigaretforbrug og opnå et varigt vægttab, at alle har været kollektive processer. Freddy har således både fundet støtte og viden i samtalerne med Sunddialog-sygeplejersken, men alle hans mål har også været et fælles projekt, som han har haft med sin kone. Konen har også

fulgt principperne fra Freddys Sunddialog-forløb, tabt sig og fastholdt sin vægt. De to har forsøgt at skabe fælles livsstilsændringer i familien, men således at de samtidig har kunnet rumme børnenes madvaner, eksempelvis ved alternative madtilbud til dem ved fælles middage. De har dog også forsøgt at inddrage dem, særligt da den ene datter lider af allergi og også har vægtproblemer. Freddy bruger som sagt ikke it, så programmets succes for ham har i høj grad hængt sammen med den sociale forankring hos sygeplejersken og i familien. Freddys kone er således blevet engageret i at definere hans individuelle mål, så de har været realistiske, og i at vurdere hvorledes realiseringen af målene spiller sammen med de øvrige ressourcer og livsvilkår i hverdagen.

### **Andre eksempler på mål om vægttab i forbindelse med forebyggede behandling**

Andre eksempler på mål om vægttab og behandleren som afgørende autoritet er Leif, Bitten, Kurt og Grethe. Kæresteparret Leif og Bitten adskiller sig dog fra Freddy og hans kones fælles strategi for at gennemføre vægttab og rygeændringer. Leif og Bitten har begge gået i et Sunddialog-forløb med et fælles mål om vægttab. De har hver især haft deres egen profil og også begge opnået deres ønskede vægtmæssige mål. De to har dog i deres forhold indgået en bevidst aftale "om ikke at sidde lårene af hinanden". Det vil sige, at de ikke har set det som et fælles ansvar at hjælpe hinanden med at gennemføre deres nye vaner, særligt i forhold til motionsdelen. Efter Bitten har opnået sit ønskede vægttab, har hun således ikke længere fulgt med Leif i fitnesscenteret, selvom han giver udtryk for, at det er sværere for ham at komme af sted, når hun ikke er med. Bitten kommenterer, at hun får nok motion i sin dagligdag nu, da hun hjælper sin mor med indkøb og rengøring, går ture med børnebørnene osv. Bitten understreger, at hun mener, at man ikke bør gøre sig afhængig af en anden, eksempelvis ægtefælle eller kæreste, når man vil ændre en vænne, fordi hvis den anden ikke kan overholde sine aftaler, så har man også lettere ved selv at falde i. "Man skal ikke have nogen ved stolene". Leif kommenterer, at han nu skal lære at "hægte Bitten af" og ikke bruge hende som undskyldning for ikke at komme af sted i fitnesscenteret. Livsstilsændringerne bliver fortrinsvis et anliggende mellem behandleren, med Sunddialog og den enkelte patient og hendes eller hans autonome livsførelse.

Der udspiller sig igen en anden socialitet og ansvarsfordeling for at gennemføre adfærdsendringer, når man hører Kurts historie. Kurt er pensioneret bankmand og fik konstateret diabetes for 15 år siden. Han lever nu i en fast rytme med insulininjektion morgen og aften. Også Kurt skal tabe sig. Han tabte sig 35 kg, lige efter han havde fået konstateret diabetes, men kiloene har løbende sneget sig på igen igennem årene. Han har prøvet mange kure, men har altid taget på igen. Med Sunddialog tabte han sig 2 kg, men efter han er afsluttet i Sunddialog har han og konen fulgt en kostplan fra en diætist, og Kurt har tabt sig "nogle kg". Kurt vil gerne gøre, som lægen siger, men synes eksempelvis ikke om at mangle fløde i huset og være på proteinkur: "Alt det der mangler i køleskabet, er det, der smager godt". Kurts motion er daglige gåture og en ugentlig bowlingtur med de gamle kollegaer, mens hans kone er på indkøb. Hans motivation for at tabe sig er ikke stor. Han har det fint med hans og konens hverdagsrytme, herunder med sine insulin-vaner, og ser selv sit problem som et fælles vilkår for ham selv, hans tre brødre og far (hans far fik afsat begge ben på grund af diabetes). Modsat Freddy er Kurt ikke særligt interesseret i at opnå en anden livsstil. De kost- og motionsændringer, som han aftaler med Sunddialog-sygeplejersken, virker ikke til at være ændringer, som han egentlig ønsker sig. Han kommenterer, hvordan han med lidt held lykkes at "tale så meget, at hun glemmer at veje mig".

Grethe er et eksempel på en, som udover støtten fra Sunddialog-behandleren har været forholdsvis selvhjulpnen i at gennemføre adfærdsendringer. Det er ikke af lyst eller overbevisning som i tilfældet med Bitten og Leif, men fordi hendes voksne børn ikke har ressour-

cer til at tage mere del. Grethe er 69 år og har været fraskilt siden tresserne. Hun har selv opdraget sine to børn og forsørget dem som fabriksarbejder. Hun kommer oprindeligt fra Vestjylland, men flyttede, da hun mødte sin københavnske mand, først til Fyn og siden til København. Grethe er også i Sunddialog og har tabt sig, siger hun, ved enkle kostændringer som mere grønt og mindre fed mad og hvidt brød. Hun elsker is, men ved, hvad hendes forkærlighed betyder for vægten. Grethe er blevet selvstændiggjort i Sunddialog-forløbet i forhold til, at hun nu ved, hvad der skal til for at tabe sig og holde vægten. Madlavningsdelen har hun fået på plads, så hun har styr på det i hverdagen, men motionen kniber det med. Hun gik før ture med datteren, da denne havde mere tid. Det har hun dog ikke mere, så det bliver kun i ferierne, at Grethe egentlig kommer ud at gå. Grethe har også forsøgt sig med et medlemsskab til et motionscenter, men da det var for overfyldt, har hun valgt det fra. Modsat Freddy og Kurt er der ikke en social dimension i Grethes selvstændiggørelse og ændringer af vaner. Hun har dog lettere ved at få motioneret, når datteren deltager, men der er ikke andre, som hun deler sin hverdag og livsvaner med. Hun har sine voksne børn til spisning ind imellem, men sønnen foretrækker fortsat "mors kødgryder", som de plejede at være, da han selv var barn. Grethe laver derfor mad, som sønnen forventer, også selvom hun egentlig er bekymret for hans vægt. Hun accepterer dog, at han arbejder for meget til at kunne gøre noget ved det. Grethe har diabetes, og hendes motivation for at leve sundere er i høj grad at undgå at "skulle stikke sig", dvs. at hendes diabetes forværrer sig i en grad, hvor hun må tage insulin. Grethes vaner – her kostændringer – hænger i høj grad sammen med samtalerne med sygeplejersken og den stolthed, hun føler ved at kunne gennemføre ændringerne. Hun synes, at hun har fået kontrol med sin egen vægt, herunder også har forebygget udsigten til at skulle lade sig insulinbehandle.

### **It-værktøjets del af patientens adfærdsændringer**

It-delen fylder meget lidt hos både Freddy, Leif, Bitten, Kurt og Grethe. Dialogen med sygeplejersken vedbliver at være det centrale. Det skyldes få it-færdigheder, men også at abstraktionsniveauet i programmet ikke stemmer overens med deres tilgang: det primære fokus på fysiologiske tal og efterlevelse af behandlerens sundhedsråd. Kurt har eksempelvis it-færdigheder fra brug af computer på sit arbejde i banken, men han forstår ikke programmets begreber og visualisering. Han kommenterer, at han har prøvet at kigge i Sunddialog et par gange, men "synes, det er forvirrende". Han uddyber med, at han kunne forestille sig at skrive data ind selv, men tilføjer, at så kan man også "snyde med de tal, man sætter ind". Omvendt var det it-elementet, der fik Grethe i gang. Hun fik Sunddialog-tilbuddet, samtidig med at hendes arbejdsplads indførte NemKonto. For at se sine lønsedler var Grethe derfor nødt til at få et pc- og it-kursus. Hun kunne så med Sunddialog passende øve sine nye it-færdigheder på sin af sønnen installerede pc. Leif og Bitten forklarede, at de – på nær helt i begyndelsen – aldrig var inde i Sunddialog hjemmefra. Bitten kommenterede, hvordan hun reagerede, da hendes sygeplejerske fastholdt, at hun skulle prøve at bruge Sunddialog hjemmefra: "Så siger jeg, jamen ved du hvad, hvad er det egentlig, jeg skal prøve? Du ved, når jeg egentlig godt kan huske det [aftalerne]". Leif uddybede, at han så det som et "tilbud", men ikke som en nødvendighed, at programmet kunne bruges hjemmefra, "hvis man ikke lige kan huske de ting, som man har lovet sig selv, ik'?". Fælles for ovenstående fem blev med andre ord, at sygeplejersken – med udgangspunkt i Sunddialogs struktur og retorik – blev det anerkendende element, der støttede hver enkelt i at opnå og fastholde deres mål.

### **2.1.3 Relationen til viden og empowerment**

Fælles for indeværende case-eksempel er, at den lærings- og vidensproces, som ovennævnte patientbrugere af Sunddialog har været igennem, er koncentreret om deres diag-



nose og de fysiologiske mål, som på den ene eller anden måde angiver en talmæssig forbedring eller forværring af deres helbred. Dette fokus på målbare indsatser er karakteristisk for alle patientinterviewene, men i særlig grad for Grethe, Freddy, Kurt og parret Leif og Bitten, da deres brug og læring begrænser sig til sådanne målbare ændringer. Fælles for dem er, at de ikke bruger Sunddialog til at reflektere rammerne og forudsætningerne for sygdom, vaner og livsførelse. Deres motivation for at bruge Sunddialog bliver på niveau med de synlige effekter, som de kan måle enten på sygeplejerskens badevægt eller på deres cigaret- og/eller medicinforbrug. I den grad de bliver selvstændiggjort af Sunddialog, særligt gennem informationerne om kost, motion og aftalerne med sygeplejersken, bliver det brugt til at forstærke de relationer og selvidentiteter, de allerede har.

Grethes empowerment i Sunddialog kan derfor eksempelvis heller ikke ses som en proces, men som et resultat hun har gennemført i forhold til hendes viden om kost og daglige valg. Sunddialogs udvidede ramme for at reflektere egne og ønskede ressourcer og netværk er hos Grethe lige så lidt som hos Kurt en del af deres tilgang til helbred og forsøg på at ændre vaner. Kurt er i nogle faste relationer og rutiner, som han ikke har interesse i at ændre. Grethes lille netværk byder ikke ind med overskud og tid til andet end at opretholde den allerede etablerede familieomgangsform. Hos Freddy er der heller ikke tale om, at han bevidst har arbejdet med at ændre relationer, men snarere at han har kunnet bevare sine gode relationer til familie og kollegaer på netop et tidspunkt, hvor han grundet sit helbred og vante funktion og selvforståelse som en fysisk stærk og hårdtarbejdende forsørger var i fare for at miste relationen til dem alle. Freddys læring involverer en større opmærksomhed på sin egen krop og på, hvad han kan forvente af den. Reel viden som "da jeg gik på rygskele, lærte vi, at for hvert kilo, man er overvægtig, svarer det til, at du på et døgn belaster knæet med et ton", har hjulpet ham til forstå sammenhænge og motivere sig selv til vægttab.

Sunddialog-programmets empowerment mod netop øget opmærksomhed og kontrol i forhold til fysiologiske mål kan derfor siges at være sammenfaldende med den lægefaglige compliance-tradition. Især Kurt begrundet sin deltagelse i lægens anbefalinger. Samtidig er det også påfaldende, at hans engagement er tvetydigt, når han planlægger at undgå sygeplejerskens vejning med "snak" og forbinder egne muligheder for selv at registrere værdier som en mulighed for at "snyde" lægen. Spændet mellem adfærdsændringer på baggrund af lægens autoritet eller egen selvbestemmelse er derfor genkendelig hos patienterne. At patientens værdier og normer alligevel lader til at være udslagsgivende for det endelige resultat, bliver bekræftet ved, at ingen patienter opfylder anbefalingerne i forhold til normalvægten i BMI, men at de er tilfredse med deres vægttab og deres hverdag og mener, at de har styr på tilværelsen på trods af diagnosen. Deres brug af Sunddialog er kendetegnet ved en forholdsvis ukompliceret tilgang til egen sygdom og vaner. Adfærdsændringer er – i modsætning til i næste afsnit – heller ikke båret af de store refleksioner eller personlige erkendelser, men ved forholdsvis konkrete aftaler, anvisninger og inspiration fra samtalerne med behandleren.

## 2.2 Livsstilsforandringer, refleksioner og selvopdagede mål

*Louise er en kvinde sidst i trediverne, som bor sammen med sin mand og deres fire børn. På tidspunktet for evalueringen har Louise været hjemmegående i omkring et år. Hun har en lang videregående uddannelse, og indtil hun blev hjemmegående for et år siden, har hun arbejdet i det private som mellemlider med ansvar for 16-18 ansatte. Louise forklarer om baggrunden for at blive hjemmegående: "Jeg kunne mærke, når jeg kom hjem og holdt ude i garagen, så kunne jeg sidde nærmest og tænke, puh, hvor er det godt, børnene snart*

skal i seng. [...] Det kunne jeg så mærke på mig selv, at det var bare ikke lige det, jeg ville. Så har jeg egentlig taget sådan lidt et sabbatår, hvor der skulle fokus på mig selv først faktisk, fordi jeg skulle få det bedre med mig selv. Både med kost og motion og hele vejen rundt. Og hvad der så kom med familie og venner og mand og alle de der ting, ik'?. Louise fortæller, hvordan hun fik kendskab til Sunddialog til en konsultation med et af børnene hos en af sygeplejerskerne i familiens almene praksis: "Og så sad vi [sygeplejersken og Louise selv] og snakkede lidt og kom blandt andet til at snakke om graviditeterne og de ekstra kilo, der havde sneget sig på osv., og så siger hun så, at de lige er begyndt på Sunddialog-programmet".

Louise er overvægtig med forhøjet kolesteroltal. I forløbet med Sunddialog har Louise tabt sig omkring 10 kg, men ønsker fortsat at tabe sig yderligere 25 kg. På tidspunktet for interviewet havde Louise været afsluttet i Sunddialog-forløbet i nogle måneder, men brugte stadig programmet aktivt hjemmefra.

### 2.2.1 Louises forløb: Refleksion og nye mål

Inden Louise startede i Sunddialog, havde hun prøvet kræfter med flere forskellige tiltag i forsøget på at tabe sig og holde et væggtab. Louise havde således både gået i et forløb med en diætist, deltaget i et væggtabsprogram, forsøgt sig med proteinkure og gået til flere foredrag og kurser med kendte diætister. Louise beskrev, hvorfor væggtabsprogrammet og proteinkuren bl.a. ikke fungerede for hende: "Det gik op for mig, at alle de æg, som de havde sat på, jeg skulle spise, det var jo helt skidt [for Louises forhøjede kolesteroltal]". Louise understregede, at hendes motivation var i vejret inden opstarten i Sunddialog, og at hun ikke ønskede noget "quick fix", men at arbejdet med væggtabet i denne omgang skulle være "det lange, seje træk". Louise beskrev samtidig, at hun ikke deltog i Sunddialog med forventningen om at opnå større viden eksempelvis om sund kost, men for at arbejde med at omsætte den viden til handling: "Jeg ved godt, hvad det er, jeg skal spise og ikke skal spise. Jeg har bare manglet den der med, hvordan gør jeg det".

På tidspunktet for interviewet havde Louise som sagt tabt sig 10 kg. Samtidig var hendes kolesteroltal faldet markant. Louise beskrev i den forbindelse en konsultation hos en hertespecialist, som hun så grundet tidligere hjerteproblemer. Her spurgte lægen ind til, om Louise var begyndt at tage kolesterolnedsættende medicin. Louise gengav lægens ord: "Jeg kan jo lige se [på kolesteroltallene], hvor det knækker". Louise beskrev sin reaktion og svar til lægen: "Så kan jeg fortælle dig, det var der, hvor jeg startede i Sunddialog og virkelig satte ind med min kost og motion og læste om, hvilke fødevarer var mere kolesterolnedsættende og så videre og så videre. Og der sad han [lægen] virkelig bare og kiggede på mig, og sagde ups. Hold da op, ik'?"

I den del af Sunddialog-forløbet, hvor Louise gik til samtaler hos sygeplejersken, formåede hun især at igangsætte og fastholde nye kost- og motionsvaner. Samtidig beskrev Louise, hvordan programmets struktur satte gang i refleksioner, som resulterede i nye selvopdagede mål og erkendelser, også efter forløbet med sygeplejersken var afsluttet: "Jeg bruger det herhjemme selv. Hvor jeg så går ind og sætter nye mål. Det gør jeg så ikke uge for uge længere, som jeg så gjorde i starten, det er sådan mere... det er måske en måned ad gangen, ik'? Så kan det være, at jeg for eksempel vælger at sige, jamen, altså med de fire børn, jeg har, der kan jeg se, at den ene af dem er lidt klemt for øjeblikket, så er det Victoria, jeg gerne vil have lidt fokus på, så opstiller jeg et familiemål omkring denne her uge eller denne her måned, der vil jeg sørge for [...], der skal Victoria hentes tidligere, så hun får tid alene med mig, eller hvad det nu er".

Som i ovenstående beskrev Louise særligt, hvordan Sunddialogs struktur, herunder trivselskompasset (med fokusområderne helbred, arbejde, fritid og familie), havde hjulpet hende til at indse sammenhænge mellem eksempelvis familieliv og overskuddet til at fastholde nye kost- og motionsvaner. Dette kunne være som i det ovenstående eksempel med datteren Victoria, men eksempelvis også hvordan konflikter i hjemmet gjorde det sværere at fastholde aftaler om at afholde sig helt fra at indtage cola. I den forbindelse understregede Louise især det visuelle aspekt af Sunddialog som centralt, både i forhold til den specifikke aftale, hun ikke kunne overholde, men også i forhold til sammenhængene mellem velvære, helbred og familie: "Så sidder vi [sygeplejersken og Louise] jo og snakker, og så får man den også visuelt, jeg kan ikke hakke den af. Jeg har ikke gjort det. Altså, så kan man også se det". Og efterfølgende, da hun blev spurgt ind til, hvordan hun opretholdt motivationen, på trods af at hun ikke kunne sætte kryds ud for udført: "Altså, fordi familien var jo ligesom med på de der kort der [trivselskompasset]. Og der har jeg også hele tiden haft inde i mit hoved, jamen i forhold til hvordan jeg har det. Og hvor meget jeg kan løbe rundt og lege med dem [børnene] – og orker. Og at jeg ikke dør som 50-årig, men måske får nogle år ekstra, fordi jeg ikke har et BMI på... og så videre. Fordi familien ligesom er med på det her kort hele tiden. Så er der nogle ting, man bliver opmærksom på, synes jeg".

### 2.2.2 Relationen til Sunddialog og til behandleren: Programmet som det anerkendende element

Louise uddybede, hvordan hun oplevede den visuelle dimension af Sunddialog som en form for kontrakt, hun indgik med sig selv. Heraf beskrev hun eksempelvis, hvordan programmets struktur gjorde, at hun blev "holdt op på noget", og "nu er det her, vi har fokus." Samtidig beskrev hun, at det blev okay at spise ekstra eller ikke dyrke motion, eksempelvis på en ferie, hvis hun skrev det ind i Sunddialog på forhånd. På den måde brød hun ikke en tilbagevendende aftale med sig selv: "Tjek! Man kan jo få det vendt til, at jeg holdt aftalen". Samtidig med oplevelsen af, at hun indgik i en form for kontrakt eller aftale med sig selv, beskrev Louise også, hvordan hun oplevede det visuelle i Sunddialog som særligt anerkendende eller rosende: "Der er nogle ord, der bliver mere tydelige end de andre og større efterhånden og så videre. Hvor man bare kan se, jamen, jeg har jo de her kvaliteter i mig, hvor er det dog godt, at jeg kan bruge det på det her også. Så det ikke bare er i mit arbejdsliv. Og det ikke bare er med familien, jeg er alle de der ting. Og at der så popper et ord op nu, der hedder nærværende og opbakning i forhold til mine børn og sådan noget, det er da en fantastisk fornemmelse". For Louise blev strukturen, herunder det visuelle i Sunddialog, det anerkendende element, der motiverede hende til at fastholde nye kost- og motionsvaner og drev hende til at fortsætte med at sætte sig selv nye mål. Louise lykkedes med andre ord med at integrere strukturen i Sunddialog i hendes tilgang til livet generelt. I tråd med retorikken i Sunddialog forklarede hun eksempelvis også, hvad hun særligt havde lært ved forløbet: "Fokusér også på succesoplevelsen. Fokusér ikke på, at der lige var noget, der gik galt der. [...] Fokusér på alle de gevinster, der faktisk er kommet".

Andre af de medvirkende i evalueringen havde sværere end Louise ved at finde støtte i Sunddialogprogrammet og dets opbygning. Jens var midt i fyrrerne, havde ligesom Louise en lang videregående uddannelse og havde ligeledes opstillet mål om at tabe sig. Han kommenterede om Sunddialog: "Ofte har jeg ikke følt mig nødsaget til at gå ind i det [programmet hjemmefra]. Altså, fordi der har ikke været noget værdi i det. [...] Hvorfor gå ind og kigge på det [aftalerne] en gang til? Der sker ikke nogen udvikling [imellem møderne med sygeplejersken i praksis] så at sige, med mindre jeg selv begynder at fylde i. Og det er der, hvor problemet er, det er, at det gør jeg aldrig. Det har... det får jeg slet ikke tid til". Modsat Louise fangede tankegangen i Sunddialog og det visuelle i programmet ikke

Jens. Hvor Louise flere gange pegede på fleksibiliteten i Sunddialog som et positivt element – at programmet eksempelvis ikke indeholdt en specifik madplan, hun skulle følge, pegede Jens på, at han i højere grad manglede at få programmet integreret med madskemaer, træningsskemaer, muligheden for daglige vejninger hjemmefra, som sygeplejersken kunne trække frem til konsultationerne og lignende. Samtidig ønskede han, at disse elementer skulle kobles sammen med motiverende påmindelser fra Sunddialog, så han eksempelvis løbende og automatisk ville modtage beskeder pr. e-mail eller sms som: "Du er nu 75 % fra dit mål" eller "husk nu motionen i morgen". Han understregede, at han ønskede at blive mindet om sine ressourcer og gevinster automatisk: "For ellers ryger det ud af min bevidsthed igen". Jens brugte hver dag andet udstyr og applikationer på sin telefon og tablet i relation til hans forsøg på at tabe sig, og disse levede i højere grad op til hans forventninger til it. Hvor Sunddialog eksempelvis var for svært og abstrakt at overskue for en bruger som Kurt i forrige afsnit, men passede til Louises brugerniveau og tankegang, kunne Sunddialog for Jens ikke konkurrere med andre udbydere, som han selv havde opsøgt.

I relation til sygeplejersken i almen praksis beskrev Louise, hvordan det spillede en stor rolle, at lægeklinikken og sygeplejersken befandt sig i hendes lokalområde. Hun beskrev eksempelvis helt konkret, hvordan hun kunne støde på sygeplejersken hos den lokale købmand, når hun købte ind til familien, og sygeplejersken købte ind til frokost i lægeklinikken. Louise forklarede, hvordan dette medvirkede til, at hun tænkte over, hvad hun kom i indkøbskurven: "Det har sådan lidt været min reminder med... hmm... ej, det skal jeg ikke". Samtidig beskrev Louise vigtigheden af at have "en anden", som fulgte hendes forløb, og at hun havde tillid til den anden. Hun uddybede, at det særligt betød noget, at sygeplejersken havde tavshedspligt, og at hun derfor ikke skulle være bekymret for, at de ting, hun fortalte, blev spredt til resten af lokalsamfundet – modsat hvis hun betroede sig til en fitnessinstruktør eller en konsulent i et væggtabsprogram. Samtidig pointerede hun, at hun var mere tryk ved sygeplejersken end ved eksempelvis en væggtabskonsulent, da sygeplejersken havde større indsigt i hendes sygehistorie og eksempelvis ikke ville kaste hende ud i en proteinkur, når hendes kolesteroltal samtidig var for højt. Selvom Sunddialog-programmet udgjorde det bærende element for Louise, fandt hun med andre ord stadig støtte og vejledning i at komme hos sygeplejersken.

### 2.2.3 Relationen til læring og empowerment-begrebet

Det fremgår tydeligt i ovenstående afsnit om Louise, at hun i forløbet med sygeplejersken blev trænet i brugen af Sunddialog, herunder både i programmet og tankegangen bag. Støttet af strukturen og de visuelle dimensioner i programmet lærte hun gradvist selv at identificere helbredsrelaterede problemer og løsninger herpå. Ud fra et empowerment-perspektiv, der sætter læring i fokus, blev Louise empowered eller styrket til selv at se sammenhænge imellem sine handlinger og bruge denne viden konkret til at fastholde nye vaner. Samtidig viser ovenstående tydeligt, at empowerment i Louises tilfælde kan forstås som en proces, hvor netop den konstante mediering eller kommunikation mellem Louise og Sunddialog-programmet er med til at fastholde hende i arbejdet med livsstilsændringer. Derudover støtter programmet hende i fortsat at opstille nye mål for sit og for familiens liv.

## 2.3 Kaos, identitet og psykologiske dimensioner

*Mette er en kvinde midt i fyrrerne, der bor alene med sin mand. De har to voksne børn, der er flyttet hjemmefra. Mette arbejder på lederniveau inden for det offentlige. Hun fik konstateret diabetes type-2 for et par år siden, "lige midt i alt muligt kaos i livet i øvrigt", og fik bl.a. af praktiserende læge at vide, at hun burde tabe sig og spise sundere for at undgå at*

skulle tage insulin. I forbindelse med evalueringen fortæller Mette, at hendes mor har været alkoholiker siden hun var barn, og på det tidspunkt, hvor hun fik konstateret diabetes, var hendes mor begyndt at drikke igen. Samtidig var Mettes egen datter på vej ud af en lang sygdomsperiode, som havde taget hårdt på familien: "Fem-seks års voldsom sygdom i familien, det indhenter dig på et eller andet tidspunkt. Så det hele det ramlede bare oveni hinanden, ik'?". I tiden efter Mette fik konstateret diabetes gik hun derfor i et forløb hos en psykolog for at håndtere de mange ting, der skete i hendes liv. Mette beskriver selv, hvordan forløbet hos psykologen skulle hjælpe hende "op af hullet" og understreger, at hun først efter en længere periode hos psykologen havde overskud til at tænke på, at hun burde tabe sig og spise anderledes. I lyset af sin opvækst beskriver Mette også, hvordan hun selv oplever sin største udfordring i forhold til det at skulle tabe sig: "Jeg er alkohol-barn og er ligesom opdraget til at tage ansvaret for alting, og at det i hvert fald helt sikkert er min egen skyld, hvis der er noget, der går galt. [...] Jeg er i min verden ikke vigtig nok til at tage alvorligt. [...] Hvis jeg skal ændre noget, så skal jeg ændre det, der hedder at tænke negativt til at tænke positivt, ik'? Og det er det, Sunddialog kan gøre... hvis du ellers kan finde ud af at bruge det, ik'?".

Siden Mette fik konstateret diabetes, og bl.a. i forbindelse med forløbet med Sunddialog, har hun tabt sig omkring 18 kg. På tidspunktet for evalueringen har hun været afsluttet i Sunddialog-forløbet med sygeplejersken i almen praksis i halvanden måneds tid.

Dette afsnit vil især fokusere på, hvordan Mette beskriver, at forløbet i Sunddialog har støttet hende i at tillægge sig selv og sine handlinger en særlig værdi, herunder også hvordan et væggtab gradvist er blevet mindre vigtigt for hende sammenlignet med det at lære at finde indre ro og tilfredshed med sig selv.

### 2.3.1 Mettes forløb og relationen til Sunddialog: Om mod, ressourcer og sociale sammenhænge

Som beskrevet i ovenstående var diabetes blot et af flere svære livsvilkår, der prægede Mettes liv og var medbestemmende for, hvordan hun havde det både psykisk og fysisk i sin krop. Mette kommenterede om den dag, hun fik diagnosen diabetes: "Det var lige ved, at det var det mindste, men det var så til gengæld det, der gjorde, at jeg fik gang i noget systematisk behandling, ik'?". Efter førømtalte psykologforløb og en periode, hvor hun selvstændigt havde forsøgt at tabe sig, startede Mette i Sunddialog.

Ligesom Louise tillagde Mette det visuelle aspekt af Sunddialog stor værdi, men modsat Louise understregede Mette, at det visuelle element samtidig kunne virke "overvældende" på hende: "For det første så står det pludselig på papir, hvad det er for nogle opgaver, der er fra gang til gang, og du bliver hele tiden tvunget til at tage stilling til, hvad det er for nogle af dine egne ressourcer, du kan bruge for at opnå målet. Og det kan godt være svært, hvis du et eller andet sted altså ind imellem synes, at du er et sted, hvor du ikke synes, at du har nogen ressourcer". Mette beskrev i stil med dette flere gange, hvordan psykologiske og sociale dimensioner af hendes liv blev tydeliggjort i Sunddialog. I forhold til ressourcer beskrev hun særligt, hvordan kortet over resourcepersoner konfronterede hende med "bør og skal"-dilemmaer i hendes liv: "Man kan sige, man kan jo ikke nævne nogen i sin familie og så ikke nogen andre". Mette uddybede, at det kunne gøre hende "flov", at hun ikke skrev sine børn på kortet over resourcepersoner, og at hun samtidig blev konfronteret med, at det kun var meget specifikke ting, hun brugte sin mands støtte til. Hun forklarede selv, at det visualiserede et typisk psykologisk mønster for hende, da det var den måde, hun havde lært "at beskytte sine familiemedlemmer på". "Jeg er ikke vigtig nok til, at de skal bekymre sig om mig på den måde", kommenterede hun. I forlæn-

gelse af dette beskrev Mette, hvordan det havde været "grænseoverskridende" for hende psykisk at skulle identificere sine egne kvaliteter, og hvilke "gevinster" hun fik ud af specifikke handlinger.

På trods af ovenstående konfrontationer med sig selv og sine omgivelser beskrev Mette også, hvordan kortet over ressourcepersoner havde støttet hende i at forstå, at hun faktisk ikke var alene og i at indse, hvilke personer i hendes omgangskreds hun særligt kunne gå til og med hvilke problemstillinger. Eksempelvis beskrev hun, at hun gik til søsteren, når hun havde brug for en "intellektuel vinkel", eksempelvis på deres oplevelser fra barndommen, og til børn i nærmiljøet når hun havde brug for noget "umiddelbar kærlighed". Mette opsummerede, hvordan kortet over ressourcepersonerne i hendes liv gav hende et særligt overblik og indsigt: "Hvor er det egentlig, man får sin energi fra? Fordi det glemmer man, når krisen kredser, ik'? Så er det svært".

Som tydeligt i ovenstående kan vi ud fra Mettes case se, at arbejdet med at gennemføre livsstilsforandringer stikker dybere end blot at skulle ændre eksempelvis madvaner eller omstrukturere specifikke prioriteter; livsstilsforandringer kan i visse tilfælde også kræve, at den enkelte skal gennemgå en større psykologisk og selvreflekterende proces. Som Mette selv formulerede det: "I stedet for bare at blive ved med at sige vægt vægt vægt vægt vægt vægt vægt. Altså, hvad er det, der sker? Hvad er det, der gør, at det er et problem?". Her kredsede Mette også særligt om, hvilke gevinster hun ønskede at opnå på baggrund af et vægttab – og nævnte her primært "ro" og en "tilfredshed" med sig selv. Disse gevinster afspejlede på sin vis, hvem Mette ønskede at være, nemlig en der kunne håndtere det "kaos" og den "pære vælling," hun til tider oplevede i sit liv. Mette beskrev et helt konkret eksempel, der afspejlede dette, nemlig hvordan morgensens cykeltur på vej til arbejde blev skrevet ind i Sunddialog – ikke med det formål, at det skulle hjælpe på hendes vægttab, men snarere for at opnå en indre ro: "Den cykeltur [...], der handler det kun om, hvordan denne her dag ser ud. Altså, hvordan... der får jeg gang i mine sanser. Jeg kigger på vejret, jeg mærker luften, jeg dufter, jeg lytter, jeg gør... jeg bruger alle sanser. Jeg skiller simpelthen det hele ud, ik'? Sådan så jeg... så når jeg ankommer til mit arbejde, så er jeg i synk med verden og ikke med, hvad for nogle opgaver, der ligger, eller hvad jeg ikke nåede i morges. [...] Det er de ti minutter, hvor det er vigtigere, hvordan foden ligger på pedalen eller hvad for en lyd, det giver, når jeg cykler gennem bladene, end om hvordan jeg skal finde de sidste 4,1 million på den konto, der lige pludselig et eller andet, ik'". Mette tilføjede afslutningsvis, hvilket bidrag Sunddialog gav i forhold til hendes oplevelse af cykelturen som en del af hendes generelle forandringsproces: "Der [er] en mulighed for at beskrive det og lade det få lov til at få værdi og blive vigtigt, ik'".

En anden deltager i evalueringen var Karsten. Han var midt i fyrrerne og arbejdede selv inden for pleje og omsorg. Karsten beskrev ligesom Mette, at han var bevidst om, at psykologiske aspekter måtte i spil, før han kunne gennemføre et varigt vægttab: "Jeg er fuldstændig overbevist om, at når man skal fokusere på kost og sundhed, så er du også nødt til at snakke om følelser. Du er nødt til at snakke om, hvorfor trøstespiser man? [...] Hvorfor gør du, som du gør, når du spiser?". I forløbet med Sunddialog havde Karsten haft som fortløbende opgave at tage kontakt til en terapeut med henblik på at starte i samtalerapi. I de to år, Karsten efterhånden havde været tilknyttet Sunddialog, havde han endnu ikke taget kontakt til en terapeut. Karsten begrundede det med, at det var dyrt, men han kommenterede også: "Man skal fandeme være modig for at gå i gang med terapi. Altså, man skal være klar til det, ik'? [...] Man skal bare være klar over, at det koster altså noget sved og tårer at skulle arbejde med det her, ik'". I overensstemmelse med Karsten pointerede Mette netop også, at det krævede "mod" at igangsætte og fastholde processer, der varigt skulle forandre ens tilværelse. Opsummerende i forhold til Mette og Karsten gælder, at

Sunddialog i begge tilfælde var et hjælpende redskab til bekendelse og erkendelse af sammenhænge mellem psykologiske dimensioner af deres liv, kost- og motionsvaner, men samtidig blev det i deres tilfælde også tydeligt, at programmet netop har sine begrænsninger. Mette understregede eksempelvis, at hun først skulle "op af hullet" ved hjælp af et forløb hos en psykolog, før hun havde overskud til at starte i Sunddialog, og Karsten beskrev, hvordan programmet ikke kunne hjælpe ham med den sidste psykologiske støtte, han havde brug for, hvis han skulle opnå et varigt vægttab.

### 2.3.2 Relationen til behandler: Pisken og guleroden

Det, der særligt adskilte Mette og Karstens relation til deres sygeplejersker sammenlignet med de andre patienter, der er blevet introduceret i de foregående afsnit, var, at sygeplejerskerne her ikke blot støttede Mette og Karsten med konkret viden og rådgivning i forhold til specifikke mad- og kostvaner. Det gjaldt nemlig for dem begge, at de sygeplejersker, der fulgte dem i deres forløb, blev en form for 'coaches', der støttede dem begge i at lære at tillægge dem selv større værdi – at anerkende sig selv og deres indsats – samt at forstå sammenhænge mellem forskellige dimensioner af deres tilværelser. Begge havde svært ved at stå alene med deres forløb uden den tilbagevendende kontakt til deres sygeplejersker. Mette cementerede dette, da hun beskrev sit besvær med at fortsætte sin gode proces, efter forløbet i Sunddialog var afsluttet med sygeplejersken: "Jeg bliver nødt til at lave en aftale med hende [sygeplejersken] om, at jeg måske skriver det til hende [aftaler]. Fordi det er ikke nok, at jeg skal ind og skrive det på Sunddialog, fordi jeg får det ikke gjort."

For både Karsten og Mette udgjorde sygeplejerskerne med andre ord et støttende, anerkendende eller rosende element, som ingen af de to kunne undvære, men samtidig udgjorde sygeplejerskerne også en form for autoritet, med hvem både Mette og Karsten følte, at de ikke kunne bryde deres indgåede aftaler. Denne faktor var gennemgående for rigtig mange af de medvirkende patienter i evalueringen – som en af de andre patienter formulerede det, handlede det om, at sygeplejerskerne udfyldte en dobbeltrolle, nemlig den som "pisken og guleroden". Flere understregede således, at de overholdt deres aftaler om kost- og motionsændringer, bl.a. fordi de ikke ville "skuffe" sygeplejersken til den efterfølgende samtale (og eksempelvis vejning) ved ikke at have "overholdt" deres aftaler. Andre igen cementerede, at de havde brug for en form for "kontrol" fra en anden part. De fleste oplevede med andre ord, at de indgik i en særlig relation med deres sygeplejerske, som forpligtede dem på at yde deres bedste. Udover kontrakten eller aftalen, som hver enkelt indgik med Sunddialog og med sig selv, oplevede størstedelen altså også, at de indgik en særlig kontrakt med deres sygeplejersker. En anden patient formulerede: "Jeg synes jo, det er lidt en falliterklæring, at man skal have andre til at komme med pegefingeren. Og alligevel. Det er jo ikke nogen pegefingere. Men nogen, der spørger: Hvordan er det så gået?".

### 2.3.3 Relation til viden og empowerment

Mette og Karstens historier er eksempler på, hvordan empowerment også kan anskues som en social handling, der knytter sig til et kollektivt niveau og dermed ikke kun er individafhængigt. For Mette og Karsten gjaldt det særligt at forsøge at frigøre sig fra, hvad de refererede til som en "social arv" – herunder vaner og tankemønstre tilegnet i barndommen – til at kunne løfte sig selv og deres familier ud af et bestemt vanemønster. Karsten kommenterede eksempelvis om sine forældre, der begge led af diabetes type-2, og faderen også af en vaskulær demens: "Man bliver sgu nødt til nogle gange at spejle sig i sit ophav. Og så se, hvordan de lever, og hvis jeg ikke gør sådan, så vil der være stor sandsynlighed for, at jeg måske også sidder med samme problematik, som de sidder med". Mette kommenterede i relation til sine egne børn: "Og jeg er også sådan lidt der, hvor jeg tænker, jeg

har måske heller ikke givet alt det dårlige videre til min næste generation. For det er jo i sig selv også en stor sejr, ik'?. Det er også noget af det, som jeg bruger som [...] mine ressourcer. [...] Social arv er svær at bryde, ik'?. [...] Det er nemmere at sige... nå, men det der, det er meget tydeligt, at det gik ikke godt".

Mette og Karsten havde begge arbejdet med at identificere baggrunden for deres vægtproblemer og havde bl.a. knyttet dem til deres rødder og familiære baggrund og forhold, men samtidig forsøgte de begge – bl.a. ved hjælp af Sunddialog – at udvikle strategier til at overkomme forhindringer bl.a. relateret til deres sociale baggrund, der stod i vejen for, at de kunne realisere deres mål. Mette fastslog herunder: "Jeg tror selvfølgelig rigtig meget på en kognitiv tilgang til verden, fordi ellers så har vi jo ikke en chance os, der har lært alt muligt forkert". Selvom Mette eksempelvis på mange måder ved hjælp af Sunddialog var blevet styrket til netop at se, at hun kunne lære at tillægge sig selv værdi, så var det ikke en ubetinget empowerment. Hun kommenterede således også på, hvad der ikke var lykkedes for hende i Sunddialog-forløbet: "Jeg har ikke tabt mig hurtigt nok. Og jeg har ikke opnået den ro, jeg gerne ville med det. Det fylder stadigvæk for meget. [...] Det er det at straffe mig selv for, at det ikke lykkes".

Som Mette berører i det foregående, kan det virke overvældende at blive konfronteret med sammenhænge i livet, der eksempelvis beror på ens sociale baggrund. Andre igen kan have svært ved at se nødvendigheden i at diskutere relationer til familiemedlemmer eller i have lyst til at indgå i et terapeutisk forløb, sådan som Sunddialog på sin vis kan lægge op til. Dette er et udtryk for, at strukturen i Sunddialog ikke er tilstrækkelig i sig selv til at styrke alle typer af brugere – strukturen skal give mening for den enkelte bruger, og brugeren skal have lyst til at gennemgå de tankeprocesser, som programmet tiltænker at igangsætte. Mette og Karsten havde begge den forudsætning, at de tidligere havde gået i en form for terapeutisk forløb, og derfor begge kunne identificere sig med de psykologiske refleksioner, som Sunddialog lagde op til. For andre igen, som eksempelvis Jens eller Kurt, faldt sådanne refleksioner og tankegange knap så naturligt, og det blev dermed også sværere for dem at forstå, hvad de skulle bruge Sunddialog-programmet og -forløbet til.

## 2.4 Social handling med Sunddialog

*Søren er uddannet pædagog og er midt i halvtredserne. Han bor med sin kone. De har to sønner, som begge er flyttet hjemmefra, og flere plejebørn som i dag er voksne. Søren har for nylig fået konstateret diabetes type-2 efter at have ødelagt sin insulinproducerende bugspytkirtel i en motorcykelulykke. Han opdagede selv, at han havde diabetes, ved hjælp af sin kones blodsukkerapparat. Søren er i et igangværende forløb med Sunddialog. Han har haft fem konsultationer fordelt på tre måneder. Hans mål er at tabe sig ved øget motion og kostændringer. Søren udfylder selv sine mål, ressourcer og gevinster i Sunddialog-programmet, både når han er til konsultation hos sygeplejersken og hjemmefra. Søren har konkret stillet sig opgaver som kun at drikke alkohol i weekenden, kun at købe flaskevin og ikke kartonvin (da man så ellers ikke ser mængden af, hvad man drikker), at cykle mere, eksempelvis på arbejde, og at styrketræne i det lokale fitnesscenter. Selvom Sørenes overvægt og diabetes er baggrunden for at deltage i Sunddialog, er et andet motiv undervejs blevet ligeså centralt, nemlig ønsket om at bruge programmet og dets værktøjer til bedre at håndtere en tilbagevendende depression. Søren beskriver, at han har lidt af tilbagevendende depression siden sin barndom, og viser i Sunddialogprogrammet, hvordan han i det små afprøver at blive bedre til at leve med sin depression. Samtidig mærker Søren i forbindelse med opgaverne i Sunddialog, at hans nye motionsvaner ikke alene gør ham gladere, men at de også tilvejebringer et nyt fællesskab med hans søn, som også styrketræner.*



Dette afsnit vil især fokusere på, hvordan strukturen i Sunddialog netop kan styrke brugernes sociale handlinger og styrke eller skabe nye sociale fællesskaber.

#### 2.4.1 Søren og Karens forløb i Sunddialog: Arbejdet med sociale relationer

Sunddialog giver i Søren's tilfælde mulighed for at nærme sig nogle problematikker og vaner, som på hver sin måde er krævende, i et forsigtigt guidet tempo. It-programmet giver ham en refleksiv afstand til at forholde sig til sine (uønskede) vaner og forestille sig nye mål. Eksempelvis er Søren løbende i gang med at udfylde kortet over ressourcpersoner: "Jeg gør det, at så skriver jeg en ind, og så går jeg egentlig og tænker lidt over det. Og så kan jeg gå ind og tjekke lidt på det og skrive nogle ting og sådan". Søren's kone har også arbejdet med vægttab og har for nylig undergået en fedmeoperation. De to arbejder derfor begge med at ændre kostmønstrer i familien. Udover et beskrevet fokus og udgangspunkt i vægttab og håndtering af sin nyopdagede diabetes er forløbet i Sunddialog også en anledning for Søren til i det stille at arbejde videre med den depression, han har lidt af siden barndommen. Søren beskriver, hvordan Sunddialog har åbnet hans øjne op for, at han også kan arbejde med at få kontakt til familiemedlemmer igen, som han har haft det svært med i mange år på grund af sine tilbagevendende depressioner. Hos Søren er der med andre ord et håb om gennem Sunddialog og samtalerne med sygeplejersken at finde nye veje til en bedre sundhed, men også et gladere liv. Bagsiden af ressourcekortet er de vanskelige erkendelser af, at man måske ikke har nogen 'ressourcpersoner' – eller at dem, som man kunne forvente at have, ikke er til stede i det omfang, man kunne ønske sig.

Samtidig opdager Søren en vigtig gevinst ved sin deltagelse i Sunddialog, da hans nye motionsvaner afslører en uventet ressource og glæde i skabelsen af et (nyt) fællesskab med sønnen. Hvor sønnens fitnessaktiviteter før var noget, der gjorde, at de to var forskellige fra hinanden, oplever Søren nu, at de har fået en fælles aktivitet og interesse. Dette motiverer Søren til livsstilændringer på en måde, som han og sygeplejersken ikke havde planlagt. Via Sunddialog-forløbet opstår med andre ord en fælles, social handling, som ikke kun forstærker Søren, men også hans og sønnens relation som familie. Søren's umiddelbare forskelligartede mål i forhold til motion og et gladere liv forener sig således også i en fælles aktivitet.

Ligesom Søren er Karen også et eksempel på, hvordan Sunddialog kan anvendes i forsøget på at løse konflikter med familiemedlemmer og bekendte for hermed at styrke sociale relationer og velvære. Karen er en 70-årig, enlig og fraskilt kvinde, der trods egne voksne børn og børnebørn er meget ensom. Ensomhed er dog ikke Karens erklærede grund til at gå i Sunddialog. Denne bliver først italesat undervejs i forløbet. Hendes udfordring er heller ikke manglende selvstændighed eller 'en svag karakter' i forhold til kost og motion. På baggrund af informationer i avisen om et større sundhedsprogram opsøgte hun eksempelvis for år tilbage selv muligheden for at gennemgå et gennemgribende helbredstjek. I den forbindelse fandt hun ud af, at hun havde diabetes, forhøjet blodtryk og grøn stær. Ved kontakt til et sundhedscenter fik hun efterfølgende udleveret en række brochurer, der affødte en lang række selvstændige handlinger. Eksempelvis meldte hun sig ind i Diabetesforeningen, været til foredrag om grøn stær, er påbegyndt nye kost- og motionsvaner, har opnået et større vægttab og startede efter vægttabet i Sunddialog – primært fordi hun ønskede at stoppe med at ryge. Et mål fra start var dog også at støtte Karen i at få det psykisk bedre, da hun på samme tidspunkt fik en vinterdepression. Karen er meget selvhjulpne og ihærdig, men i forhold til arbejdet med et rygestop afslører der sig et paradoks – nemlig at Karen både ryger, fordi hun er ensom – "det er trøste-rygning" – samtidig med at netop hendes rygning gør, at hun ser datterens familie mindre. Karen genkalder sig eksempelvis et

sammenstød med barnebarnet, da hendes oldebarn på et tidspunkt faldt og slog hovedet mod et bordben: "Og jeg går hen og tager hende [oldebarnet] op, og vil puste lidt på det. Nej! Du skal ikke puste! Du ryger jo. Så sagde jeg, jamen jeg står da ikke og ryger. Nej, nej... men så blev hun [barnebarnet] helt hysterisk med den her rygning". Hvad for Karen er ment som trøst, opfatter barnebarnet som en skadelig handling. Karens opgaver i Sunddialog udvikler sig derfor undervejs til i mere udpræget grad også at omhandle hendes nedstemthed, og hvordan hun skal få forstærket sine sociale relationer både til familie og veninder.

#### 2.4.2 Sociale handlinger og skel: om at være ryger og ikke-ryger

Sygeplejersken bliver i Karens tilfælde fødselshjælper og støtte til at erkende sin egen rolle i relationen til andre, særligt i konflikten med barnebarnet. Anledning hertil er rygepolitikken i barnebarnets hjem, som betyder, at der ikke ryges inden døre. Dette har givet konflikt, for som Karen siger, så er hun "stædig... ja, så bliver jeg Rasmus Modsat". Resultatet er derfor, at hun ikke ser barnebarnet og oldebarnet længere. Karens hjælp mod ensomheden bliver samtalerne med sygeplejersken: "Så er det jo ligesom... jeg bare snakker med... et menneske, ik? [griner] (...). Og det var virkelig dejligt! Det sagde jeg også til hende. Bare alene... jeg gik jo alt for meget med de tanker, ik?". Karen har selv tidligere forsøgt sig med tarotkort for at give mening til sine mange, rumsterende tanker. En anden teknik, hun har udviklet, er små beroligende remser til sig selv som "Alt er såre godt". Med sygeplejersken har Karen fået hjælp til konflikthåndtering og til at se "ting fra to sider af". Karen har fået opgaver med at blive bedre til at sige til og fra på "en ordentlig måde" over for familie og venner, at gå mere ud og opgaver om at være mere socialt opsøgende. Hun har i den forbindelse meldt sig ind i en gå-klub og værdsætter her de ugentlige gåture. Hun ryger også mindre i dag end før Sunddialog-forløbet, idet hun er gået fra 23 cigaretter til 7 dagligt, og vurderer også selv, at Sunddialog har hjulpet hende til fortsat at undgå at skulle tage piller for sin diabetes.

Inger, en af de andre medvirkende i evalueringen, havde også mål om rygestop. Hun var midt i tresserne, havde forhøjet kolesteroltal, var overvægtig, opereret for slagtilfælde i hovedet og led af kronisk bronkitis. Også hun havde styr på ernæring, stofskifte, kulhydrater, kostplaner og sammenhænge mellem vægt og blodtryk. I et tidligere forløb med Sunddialog havde hun tabt sig 7 kg, og hendes cykelmotion udløste et kælenavn på en cykelhelt hos Sunddialog-sygeplejersken. Hun førte selv regnskab på sin computer over antal kilometer, hun cyklede. Inger er lige startet i Sunddialog igen og har store ambitioner om at holde op med at ryge. Hendes mange bekymringer, bl.a. for hendes barnebarn, gør det ekstra svært for hende at opgive røgen. Inger ser sygeplejersken som "en rigtig god sparringspartner", der får hende til at se sine vaner og cigaretter i et nyt lys: "Hun sagde noget godt til mig forrige gang. Da sagde hun, fordi jeg kommer med de undskyldninger, enhver ryger gør, 'og så var der lige... og min datter hun er nogle gange ikke særlig sød'. Sygeplejersken – hun er meget hurtig på aftrækkeren – så det kunne hun da godt se og sagde så: 'Men sådan er livet jo, Inger. Det er jo hele tiden op og nedgange'. Og det er jo rigtig nok. Og det er, fordi én gang ryger, så har man fandeme altid en undskyldning. Så sidder hovedet ikke ordentligt den dag og sådan noget, ik'? Pjat med det! Så siger hun [sygeplejersken]: 'Prøv at tænk på, at du nu siger farvel til en god ven. Fordi en dag skal du måske sige farvel til din gode veninde'. Altså hun dør eller et eller andet, ik? Så siger jeg, jamen, gud hvor har du ret. Det er sådan nogle ting, hun siger, som man godt kan bruge til noget. Hvor man tænker, det er da også rigtigt, fordi... at... ik? Så hun er rigtig god. Det er hun altså". Ligesom Karen er Inger heller ikke entydig omkring sit rygestop. Hun opremser alle de gode 'ydre' grunde i form af at få "vasket ned" og malet i stuen og ikke at lugte ildelugtende af røg, samtidig med at de alligevel ikke er grunde nok til, at hun selv tror på, at hun

kan holde op: "Der, hvor jeg holdt op med at ryge, ik'? sidst... der kan jeg huske, der gik ikke mere end fjorten dage, så var jeg nede og handle i SuperBest, og så kommer jeg ned, og så står jeg bag sådan et kvindemenneske. Sådan et lidt ældre menneske. Jeg tænkte føj for satan hvor hun lugter af røg. Og så stod hun og snakkede med hende kassedamen, ik'? Og de søde mennesker der... dem der er ansat i SuperBest, ik'? Og så stod hun... Ja, hun kunne jo ikke løfte højre arm, og hun havde ondt hist og pist. Tænk, jeg var lige ved at sige til hende, ja, du kan sgu godt løfte, når du skal have en smøg, Søster Lystig. Men det gjorde jeg ikke. Men jeg blev sådan rigtig sådan øv-agtig. Ik'? Fordi jeg tænkte, ej, gud nej, påvirker det dig så meget. Prøv en gang at tænke, hvordan du selv har lugtet. Og den kommer jo nok igen, ik'? Så jeg skal passe på, hvad jeg kommer til at sige".

Inger har før forsøgt at stoppe med at ryge og beskriver en række af dilemmaer i forhold til hendes rygeridentitet. Inger har en skyldfølelse i forhold til den læge, der opererede hende i forbindelse med hendes hjerneblødning: "Fordi egentlig burde jeg jo slet ikke ryge efter det, jeg har været igennem. Altså, der går ikke... jeg tager en cigaret, og så tænker jeg på lægen, fordi det er ligesom at tørre fødder af i ham, ik'? [...] At man ikke respekterer det, ik'? Og det kan jeg faktisk ikke være bekendt. Men samtidig skal man også have energi til at stoppe". Hun nævner arbejdspress, bl.a. med opgaver i Excel-regneark, hun ikke havde kompetencer til, som en grund og endnu en undskyldning for at ryge: "Så det var bare at knibe ballerne sammen og så klare det selv ik'? Og der må jeg nok indse, ej, nu går jeg sgu ned og tager en cigaret. Men det gode ved det er bare, at jeg skulle ned, når jeg skulle ryge derinde, ik'?". Ingers rygeridentitet er i det hele taget forbundet med nogle sociale normer og roller, som hun er uafklaret med. Hun demonstrerer med sine små anekdoter, at ikke-rygeridentiteten kan give hende en anden social status – en status, som hun både tager afstand fra og drømmer om: "Hold kæft... jeg kan huske engang, hvor jeg tændte en cigaret nede i byen; jeg stod og ventede på toget. Det pis-plask regnede. Og så... vi stod jo inde i det der lille bur på vejen herop, ik'? Altså... der var ikke ret meget plads. Så gik jeg ind, og så tændte jeg en cigaret. Så stod der en kvinde ved siden af. Sådan på min egen alder. Og hun var simpelthen... Jeg tror, hun havde taget bad i parfume. Og sådan en krydret parfume. Det kan jeg mærke på mine læber lige med det samme. Jeg kan smage det. Og jeg tænkte, nå ja, så tænder jeg en smøg, og det gjorde jeg så, ik'? Pyha, siger hun så, kan De ikke lade være med at ryge? Nej, siger jeg, det kan jeg ikke, når De svømmer i parfume, siger jeg, det bryder jeg mig ikke om. Hun blev så skide sur. Så jeg blev ved, ik'? Og så kunne hun gå ud i regnen, kunne hun, ik'? Hold kæft [griner]. Nej, men jeg vil det ikke mere. Jeg vil det ikke mere...". Inger drømmer højt: "Alene det at sige, at jeg endelig er ikke-ryger. Så vokser man jo en halv meter, ik'? Og så kan man stå og kigge skævt til dem, der står og ryger ved busstoppestederne, ik'?". Rygning signalerer sociale forskelle, som man i skiftet fra rygeridentitet til ikke-rygeridentitet kan have svært ved at føle et egentlig tilhørsforhold til. Inger forsøger også at bruge børnebørnenes angst for, at hun skal dø, som et socialt motiv for at holde op med at ryge. Men disse stadige bekymringer for andre, herunder også for børnebørnene, bliver også til begrundelsen for, at det er svært at holde op med at ryge. Ingers rygning får paradoksalt nok karakter af selvomsorg, netop når hun føler sig presset mellem ydre og indre hensyn. Cigaretten er en "trøstevæn," som hun siger. Inger er derfor i et skisma af gerne at ville leve op til en social norm om, at det er finere at være ikke-ryger og sit barnebarns ønske om, at hun ikke dør, samtidig med at hun netop har brug for støtte – her cigaretvennen – for at ændre sig.

### 2.4.3 Relation til viden og empowerment

Paulo Friers begreb om social handling åbner som sagt op for, at empowerment ikke kun handler om individets styrke, men også om at styrke fællesskaber ved at indgå i fælles handlinger med andre. I interviewene fremgår det, at for nogle af patienterne er Sunddia-

log også blevet et medie, hvor igennem der, som i Søren's tilfælde, opstår social handling. I tilfældet med Karen ser vi både en meget autonom og selvstændig person, der samtidig blotlægger, at social handling alligevel – og måske netop – kan være svær for en person, der kan alting selv, men alligevel er ensom.

Søren, Karen og Inger anvender langt fra Sunddialog-programmet i samme udstrækning. Særligt Søren bruger det hjemmefra til at reflektere over sig selv og sine ressourcer, mens det for Karen er de direkte ansigt-til-ansigt samtaler med sygeplejersken, der gør dem klogere på dem selv og deres mål. De forstærkes hver især af nogle forskellige ting. Det særlige for dem alle er, at den sociale handling er en vigtig genvej af deres deltagelse i Sunddialog. I Søren's tilfælde afsløres dette eksempelvis, da hans nye motionsvaner resulterer i en stærkere relation til hans søn. I både Karen og Ingers tilfælde bliver kontakten til sygeplejersken den vigtige 'anden person'.

Karen og Inger er ikke entydige eller afklarede med deres sociale behov. Sygeplejersken opfordrer Karen til at deltage i en gå-klub. Hun tilmelder sig en ugentlig gå-klub, men udvikler alligevel "tricks" til at undgå at høre på de "andres snakken". Hun er ikke afklaret med betydningen af hendes rygning i forhold til, at den øger afstanden til familien eller er en 'ven i nøden.' I Ingers tilfælde er der ingen refleksioner over, hvilke sociale handlinger der kan flytte 'venskabet med cigaretten' over til en mere hensigtsmæssig egenomsorg. Centralt for begge er, at rygekulturen er i opbrud mellem generationerne fra – som i Karen's tilfælde – at forældrene bestemte og røg foran børnene og børnebørnene, til at disse børnebørn nu selv er i rollen som forældre, der anser rygning som skadeligt for deres børn. Familien udgør derfor ikke et stabilt tilhørsforhold for identiteten, for rygevaner giver anledning til sociale og kulturelle konflikter mellem, hvem der lever 'forkert', og hvem der lever 'rigtigt' – eller i tilfældet med Karen's 'ryger-ånde' for, hvad der er 'gode' eller 'dårlige' handlinger.

Andre eksempler på brug af Sunddialog til social handling er som nævnt i de tidligere cases Louise og Benny. De bruger på hver sin måde og mere eller mindre reflekteret Sunddialog som et redskab til at styrke deres familieliv ved at 'forstærke' deres relation til andre betydningsfulde – i Louises tilfælde børnene og deres behov, i Bennys tilfælde konen. Også Ulla, en kvindelig ingeniør i starten af tresserne, forstår den sociale betydning af omlægningen af vaner til en sundere livsstil, ikke kun for familien, men også på arbejdspladsen og i forhold til samfundsøkonomien i øvrigt. Hun ræsonnerer, at sundhedsvæsenet kan spare penge, hvis befolkningens sundhed forbedres. Ulla synes, at det er "vigtigt, at jeg er en sund medarbejder" og har initieret på kollegaernes vegne, at "alle på arbejde har fået en elastik [til at motionere med]". Hun ser derfor også inddragelsen af andre, ikke kun sunddialogsygeplejersken og familien, men også kollegaer, eksempelvis ved at dyrke motion sammen eller "dele kolesteroltal", som en vigtig ressource for fælles motivation til en mere sund adfærd. Ulla har således startet et svømmehold og har idéer til, hvorledes Sunddialogforløbet kan integreres med hendes arbejdsplaner og andre it-værktøjer. Ullas brug af Sunddialog vil blive uddybet i casen om egenomsorg.

## 2.5 Tid, overskud og kropsbevidsthed

*Simone er i fyrrerne, bor alene og er selvstændig erhvervsdrivende. Da hun startede i Sunddialog, boede hun i samme bygning som sin forretning. Simone startede i Sunddialog med det mål at tabe sig, men erkendte undervejs i forløbet, at hun havde brug for mere tid, hvis hun skulle gennemføre de opgaver, som et vægttab kræver. Et mål blev derfor at få bopæl adskilt fra virksomheden. Simone fortæller om, hvorfor hun måtte stoppe sit*

*Sunddialogforløb: "Det blev sådan lidt... jeg mødte op, men bare for at sige, jeg har ikke gjort det jeg skulle, ik'? Og det var selvfølgelig derfor jeg blev nødt til at erkende... Jamen, jeg kan åbenbart ikke prioritere det her så højt lige nu, fordi... selv om jeg synes, det er vigtigt, så er det ikke vigtigere end virksomhedens overlevelse". Samtidig oplevede Simone stort ubehag og væskedannelser i kroppen, da hun undervejs i forløbet med Sunddialog begyndte at løbe. Simone søgte derfor til en biomediciner for at finde svar på, hvorfor hendes krop reagerede, som den gjorde. I den forbindelse pegede biomedicineren ti år tilbage til en svær salmonellaforgiftning, som Simone dengang havde pådraget sig. Grundet salmonellaforgiftningen har Simones stofskifte over årene taget skade; hun har udviklet allergier over for mange forskellige fødevarer og har, ifølge biomedicineren, problemer med flere organer, eksempelvis med sine nyrer. Udover disse problematikker er Simone som sagt et sted i sit liv, hvor hun har erkendt, at forudsætningerne for et væggtab vil kræve mere tid og overskud, end hun har til rådighed på grund af sin virksomhed.*

Dette afsnit omhandler særligt, hvordan tid og overskud trækkes frem af de fleste interviewpersoner som en forudsætning for at kunne gennemføre et succesfuldt forløb i Sunddialog. Samtidig kommer afsnittet ind på kropsbevidsthed i forbindelse med arbejdet med adfærdsændringer hos bl.a. Simone.

### 2.5.1 Om tid og kropsbevidsthed

Et gennemgående tema i patientinterviewene er tiden og overskuddet til at ændre vaner. Patienterne i Sunddialog mangler ikke gode bevægegrunde til at ændre vaner, men disse er altid forudsat af, at den enkelte skal indhente mere viden om eksempelvis ernæring, afklare hvad der er realistiske og betydningsfulde mål, og endelig udvikle praktiske strategier for at få realiseret de nye mål i hverdagen. Dette inkluderer at afse tid til eksempelvis at finde nye fødevarerprodukter, lære at lave anden mad, tage sig tid til at dyrke motion, samt at have mod og overskud nok til at konfrontere sig med eksempelvis personlige og sociale problemstillinger, der på den ene eller anden måde kan være smertefulde eller angstprovokerende. Simone er interessant i et empowerment-perspektiv, fordi hun på mange måder er den perfekte, autonome borger, der tager ansvar for sig selv. Men samtidig har hun været uheldig, idet hun for år tilbage pådrog sig en salmonellainfektion, som har påvirket hendes stofskifte, blodsukker og resulteret i, at hun har fået flere allergier. Som hun selv beskriver det, bevirkede infektionen, at hun "i mange år var skide syg". Efter Simone pådrog sig salmonellaforgiftningen for ti år siden, er hendes vægt øget med 35 kg. Hun begrundet denne vægtøgning både med salmonellaforgiftningen, men også med: "der er nogle helt konkrete ting, som ikke fungerer. Jeg arbejder for meget. Og fordi jeg arbejder for meget, så er det svært for mig at følge et konditionsprogram eller sådan nogle målsætninger omkring at røre mig". Hun forklarer bl.a., at hvis hun kunne arbejde mindre, ville hun også få mere tid til sig selv med henblik på bedre kropslig balance i forhold til træthed og problemer med lever, nyrer og binyrer. Simone formoder selv, at mere tid til sig selv vil have en positiv effekt på hendes maveproblemer, allergier og i sidste ende også overskud til motion.

I modsætning til den selvstændige erhvervsdrivende Simone er Ellen pensioneret. Hun er tidligere graver. Med Sunddialog har hun fundet en rytme til at gennemføre et varigt væggtab. Ellen har god tid til sig selv, sine daglige gåture og overskud til at sætte sig ind i nye kostvaner. Ellens opstart i Sunddialog faldt sammen med en rygoperation, der i første omgang gjorde det umuligt for hende at tage sig ved hjælp af motion, men siden har genoptræningen af ryggen hjulpet hende til at få motion indarbejdet i sin dagligdag. De daglige genoptræningsøvelser blev passet fint ind opgaverne i Sunddialog. Ellen beskriver, hvordan hun allerede starter med rygøvelser i sin seng om morgenen. Dernæst går hun en lang

morgentur, som hun nyder alene i stilhed. Efter hjemkomsten tager hun sig tid ved morgenbordet. Ellen tager sig også god tid på indkøb om eftermiddagen, for hun har løbende måttet lære mange nye ting om ernæring. Hun læser nu varedeklarationerne på de forskellige produkter i supermarkedet og sætter sine daglige måltider sammen, så de i kombination med motionen har sikret hende et langsomt, men kontinuerligt vægttab. Hun bruger desuden en lille bog, som hun har fået af sygeplejersken, til at købe varer efter. Ellen beskriver, hvorledes hendes nye vaner i Sunddialog-forløbet manifesterede sig i en positiv kropsbevidsthed: "Efter et stykke tid så kunne jeg mærke, så var der ting, der forandrede sig i kroppen, som flyttede rundt. [...] Det opstrammede hist og pist". Modsat Ellen udløste Simones forsøg på at ændre livsstil i første omgang en kropsbevidsthed, der pegede på, at der var noget galt med kroppen, "min krop har nogen dysfunktioner", som Simone selv formulerede det, og det er i "mit hoved ikke længere kun et spørgsmål om kalorieregnskab og motion". Hun oplever i forbindelse med motion, at "jeg ophobede simpelthen så meget væske, så jeg til sidst ikke kunne holde på værktøjet [i forbindelse med arbejdet]. Så så længe jeg ikke har de ting på plads, så kan jeg desværre ikke lave et motionsprogram, og jeg skal af med alt det her væske, før jeg overhovedet kan se, hvad det er, der skal tabes... sådan på helt gammeldags manér. Altså fedt, der skal forbrændes, for at jeg kan komme af med det". Simone er i en slags rådvildt, eksistentielt dilemma, hvor hun erkender, at hun har brug for mere tid for at kunne forbedre sit helbred, samtidig med at hendes virksomhed kræver hendes tid fuldt ud. Hendes ønske mål om vægttab har gjort hende bevidst om, at hun er uafklaret omkring, hvorfor hendes krop egentlig reagerer, som den gør på både fysisk bevægelse og specifikke madvarer.

### 2.5.2 Relation til behandlere og til Sunddialog: Alternative veje og støttende begreber

Grundet Simones oplevelser af at leve med "dysfunktioner" i kroppen, herunder for lavt stofskifte, væskeophobninger, allergier og træthed, samt oplevelsen af at praktiserende læge ikke har kunnet hjælpe hende tilstrækkeligt med disse problematikker, tog hun kontakt til en 'biomediciner' for at finde alternative svar på sine problemer. Simone forklarede selv, at biomedicineren ikke undersøger hendes tilstand via blodprøver, men med et apparat der registrerer tilstande i kroppen via kontakt med huden. Hun beskrev, hvordan biomedicinerens analyse af hendes helbredsproblem har givet hende en forklaringsramme, hvori hun kan fortolke sine symptomer og eksempelvis gennemføre ændringer i forhold til sit sovemønster. Simone går således tidligere i seng nu end før og forsøger i højere grad at holde fridage. Ligesom Sunddialog satte gang i lignende refleksioner, har biomedicinerens anbefalinger altså også været medvirkende til, at Simone har valgt at flytte og adskille sin bolig fra sin butik. Kontakten til Sunddialog-sygeplejersken og -programmet syntes Simone var fin, mens den varede. Hun beskriver: "Og jeg syntes, at det var meget rigtigt. Og det følte faktisk som at få ros. Altså, det havde samme motiverende effekt. Og jeg synes i øvrigt, at hun roste mig meget. Så, altså, sagde sådan nogle ting, ej, du er simpelthen så let at arbejde med, eller du forstår det hurtigt eller... hele det der program med... de begreber, oplevede jeg som ros, fordi det var enormt positive ord, man skulle sidde og finde, ik'? Og det i sig selv var ressourceforstærkende, ligesom at sidde og finde ud af, nå, men jeg er jo faktisk rimelig struktureret, og jeg er faktisk meget motiveret eller sådan. Finde nogle positive ord, ik'? Fokus på det fremfor noget af det, der ikke fungerede". Selvom Simone ikke gennemførte, men afsluttede sit forløb i Sunddialog, fremstår hun som forstærket, både gennem erkendelse af den negative sammenhæng mellem tid til sig selv og hendes arbejdes krav, uhensigtsmæssigheden i forhold til sammenfaldet mellem privat bolig og arbejde, og af den positive, selvopbyggende og motiverende tilgang i Sunddialog.

Ellen havde ikke de store forventninger til Sunddialog til at starte med og beskrev, hvordan hun blev "meget forbavset" over, hvor positivt hun oplevede det: "Fordi man gjorde sig nogle tanker, der da man startede. Da tænkte jeg, hold da op, det går aldrig det her". Ellen var således først skeptisk, men mener nu om Sunddialog, at "lægen skulle tilbyde det til alle: det ændrer den måde man tænker på", kommenterede hun. Da Ellen startede i Sunddialog, beskrev hun, hvordan hun fik at vide: "Det [er] faktisk en selv, der skal arbejde, men med hjælp og de redskaber man så har i Sunddialog. Og det er faktisk meget godt, synes jeg". Ellen har således som udgangspunkt taget imod den selvstændige rolle, man gives som patient i Sunddialog, men bruger dog ikke programmet hjemmefra. Hun kommenterer, at hun ikke er "computermenneske". Hun er generelt meget selvstændig og struktureret i de ting, hun gør, men har manglet informationer og viden om, hvordan hun kan gennemføre et varigt vægttab. I sit forløb har hun tabt sig 4 kg af de 5 kg, hun har sat sig som mål. Ellen fortæller, at hun har skullet tabe sig af hensyn til sin ryg, men også fordi hun gerne vil "få tøj[et] til at sidde pænt". Ellen beskriver generelt, at hun er bedre tilpas i sin krop nu, end hun har været tidligere, og tror ikke, at hun tager på igen, fordi hun nu har fået mere indsigt i sammenhængen mellem kostindtag, motion og vægt. Ellen har selv ændret konsultationshyppigheden hos sygeplejersken fra en gang om måneden til en gang hver anden måned.

### 2.5.3 Relation til viden og empowerment

I sit forløb i Sunddialog er Ellen blevet mere bevidst om valg, mængde og hyppighed af fødevarer og måltider. Hun drikker nu kun vin til festlige lejligheder, undgår chokolade og nødder, koger mere fedtfattigt mad og spiser mindre mængder. Ellen har tidligere forsøgt sig med kure og private konsulenttilbud, men opnåede ifølge hende selv kun at "bruge penge" og tage det tabte på igen. Ellens historie handler både om at have tid til at fokusere på sit helbred og på at deltage i et Sunddialogforløb, men også om at der kan være grænser for, hvor meget ny viden om kost, produktindkøb, tilberedning og motionsvaner det er forventeligt, at den enkelte lærer. I Ellens tilfælde satte hun grænsen ved brugen af computeren og hermed af brugen af Sunddialog-programmet hjemmefra: "Jeg er ikke et computermenneske".

Selvom Simones forløb er et helt andet sammenlignet med Ellens, er Simone dog ikke et udtryk for en 'svag patient', der skal styrkes til mere selvstændighed og ansvar. Simone er selv opsøgende, handlekraftig, tager ansvar og er også reflekteret, eksempelvis i forhold til at kunne vurdere, at hendes helbredsproblemer ikke kun handler om vaner, men også om at have rammerne for at kunne ændre vaner. For Simone er disse ændringer med andre ord ikke kun betinget af et positivt selvforhold og ønske om at gøre noget "godt for en selv", men også af nogle eksistentielle valg, hvor hun eksempelvis vurderer, at hendes virksomheds overlevelse er mere fundamental, end at hun taber sig. Simone cementerer dette: "Ja, det var, at jeg måtte erkende, at de vaner, der skulle ændres, var ikke bare et spørgsmål om at ændre vanerne, men at ændre de omstændigheder, som jeg var i, som gjorde, at jeg ikke havde vanerne, ik'? Så jeg skulle have... have meget mere styr på min virksomhed, end jeg havde på det tidspunkt. Jeg skulle have den bragt ind i en meget mere sikker periode", konkluderer hun. Vender vi afslutningsvis tilbage til Finn Olsens definition af empowerment-begrebet som "en ulønnet medarbejder" giver det mening i forhold til, at Simone netop er en "medarbejder" i egen virksomhed, men også at hun som arbejdsgiver ikke kan give sit helbred gode nok "rammer". Egenomsorg i forhold til at få tilstrækkeligt motion og søvn kræver med andre ord ressourcen tid. At have tid nok til at lære som i Ellens tilfælde, eller tid nok til at forstå og gennemføre som i Simones tilfælde, er derfor en grundlæggende problematik.

## 2.6 Egenomsorg

*Berit er en kvinde i begyndelsen af fyrrerne, der bor sammen med sin mand og datter. Hun fik i forbindelse med sin graviditet med datteren svangerskabsdiabetes. Berit beskriver om graviditeten, hvordan hun flere gange fik undersøgt, om hun ventede tvillinger, fordi hun voksede så hurtigt: "Jeg sagde også til dem [jordemoder og læge], at jeg nærmest kunne sidde og se, jeg voksede. [...] Jeg vejede 58 kg, før jeg blev gravid, og to dage før jeg fik kejsersnit, vejede jeg 98". Blandt andet på grund af Berits store vægtøgning opdagede man, at hun havde fået svangerskabsdiabetes. Hun beskriver datteren ved fødslen: "Hun [var] proppet i det her sukkersyge – hun var Michelin – fuldstændig udspilet. Jeg kunne slet ikke se hendes øjne, fordi hendes øjne og pande mødtes. Der gik et par dage, før hun var normal". Berit fortæller, at hun selv gik fri for diabetes efter fødslen, men efter kun et år vendte det tilbage: "Jeg vidste godt, den [diabetesen] ville komme igen på et tidspunkt, jeg havde bare håbet på, at det kom, når jeg var 60 år eller lignende." På grund af sin diabetes startede Berit i et forløb med Sunddialog, da hun havde brug for hjælp til at tage sig samt til at lære at leve med sin sygdom. Dette afsnit vil særligt omhandle, hvordan Berit og andre trækker på sociale relationer og netværk i arbejdet med at ændre på vaner og for at kunne drage tilstrækkelig omsorg for sig selv.*

*I forløbet med Sunddialog har Berit tabt 13 kg, men ønsker fortsat at tabe 15 kg. Selvom hun har afsluttet det seks måneder lange forløb i Sunddialog, kommer hun fortsat til konsultationer hos sygeplejersken, hvor Sunddialogs værktøjer bliver diskuteret. Berit fortæller selv, hvorfor hun fortsat har brug for at blive fulgt af sygeplejersken: "Det kører jo op og ned. [...] Ind imellem falder man jo i, fordi man synes, det er så surt det hele, fordi der er så meget, man ikke må".*

### 2.6.1 Berits forløb med diabetes og i Sunddialog

Berit var ikke overvægtig inden sin graviditet, og har efter hun fødte sin datter kæmpet med at tage sig. Hun har i den forbindelse gået i et vægttabsprogram, hvor hun tabte sig en del. Da hun stoppede med at følge programmet, tog hun dog 10 kg på igen i løbet af et år. Berit beskriver særligt, hvordan hun har svært ved at tage sig, da hun ikke tidligere har haft udpræget usunde madvaner: "Der har jeg ikke ret meget, jeg skal undvære. Jeg har aldrig drukket sodavand, spist junkfood, [...] jeg har skullet lære ikke at putte sukker på min mad, så det er ikke så meget, jeg skulle lave om. Jeg har aldrig drukket juice og saft, men dog slikket noget. [...] Da jeg var ved diætist, sagde hun også, at der var ikke så meget, hun kunne pille ved, for jeg gjorde egentlig det, jeg skulle". Berit har derfor særligt kæmpet med at finde ud af, hvilke specifikke vaner hun har kunnet pille ved for at opnå et vægttab. Hun beskriver om sin indsats og sammenhængen med diabetes: "Jeg har fået at vide, at sukkersyge gør, at man har tre gange så svært ved at tage sig. [...] Jeg går rigtig meget til spinning, fordi det giver den største fedtforbrænding, men det går alligevel meget langsomt. Altså, hvis andre havde siddet så meget på cyklen, som jeg gjorde, så..."

Berits diabetes har haft store konsekvenser for hendes liv. Hun beskriver eksempelvis, hvordan hendes mand og hende selv har valgt ikke at få flere børn, fordi hun har diabetes. Hun forklarer samtidig, hvordan hun har måttet skifte arbejde og starte i et fleksjob: "For et år siden havde jeg for eksempel et arbejde, som jeg ikke kunne have på grund af min sukkersyge, og det har jeg aldrig oplevet før, at det skulle være en hindring. Problemet var, at jeg kunne ikke få mine pauser, og jeg skal jo spise seks gange om dagen, og hvis jeg ikke gør det, så går jeg sukkerkold og får det vildt dårligt og ryster. Så jeg kunne ikke passe mit arbejde, for nogle gange gik der 7-8 timer mellem pauserne, så det sagde jeg op. Så var der lige pludselig nogle mærkbare konsekvenser, som jeg aldrig havde prøvet



eller tænkt over før. Det kom fuldstændig bag på mig at skulle til at tænke i job, hvor man kunne få regelmæssige pauser". Berit beskriver også, hvordan hun løbende har skullet lære selv at mærke efter sit blodsukkerniveau. Hun uddyber, at hun lidt efter hun fik diagnosticeret diabetes målte sit blodsukker jævnlige, men har nu lært at "mærke" efter, hvis hun eksempelvis får for meget sukker.

Berit beskriver særligt, at en motiverende faktor for at leve sundere og tabe sig er frygten for følgesygdomme. Hun beskriver eksempelvis, at hun er bange for, at sukkersygen "går ind på nervebanerne", eller at hun skal miste synet. Hun kommenterer: "Hvis jeg bare får en hjerneblødning eller falder om, så er jeg bange på de efterladtes vegne, men jo ikke mine egne. Kun hvis jeg overlever, og jeg så sidder som en grøntsag".

### 2.6.2 Ensomhed og fællesskaber: Relationer til behandlere og kollegaer

Berit beskriver, hvordan hendes sukkersyge har resulteret i, at hun har følt sig meget alene og adskilt fra andre i sin omgangskreds, særligt cementseret i sociale situationer, hvor hun har mødt med familie og bekendte over mad og alkohol. Hun beskriver samtidig, hvordan hun træner alene, da hun kun kan få passet træningen ind om formiddagen. Berit beskriver med andre ord, hvordan hendes diabetes har resulteret i en ensomhed, og hvordan sygdommen sammen med moderskabet initierede en radikalt ny livssituation, hvor kontakten til sygeplejersken i hendes almene praksis har været central for hendes håndtering af krisen. Samtalerne i Sunddialog har været et sted, hvor Berit har fået støtte til at vende sine ændrede livsvilkår og håndtere identiteten som mor med en diabetes, der griber hårdt ind i hendes ellers vante liv. Sygeplejersken har været en vigtig social allieret. Berit beskriver også, hvordan sygeplejersken har fungeret som et 'videnscenter' for kosttips og informationer, som sygeplejersken opsamler fra sine øvrige patienter: "Hun hører måske også noget fra nogle andre om, hvordan de har gjort, og det bringer hun videre til mig eller jeg har hørt noget, jeg fortæller hende, så der er sådan et netværk med andre, også selvom man selv ikke har set dem. Det føles i hvert fald sådan". Selvom Berit oplever en ensomhed, da hun i dagligdagen står meget alene med sin diabetes og med målet om at tabe sig, oplever hun igennem samtalerne med sygeplejersken alligevel at indgå i et fællesskab eller "netværk" med andre ligestillede.

Ulla var en anden medvirkende i evalueringen, der – modsat Berit – særligt trak på sin omgangskreds og forskellige sociale fællesskaber i sin indsats for at tabe sig og ændre livsstil. Ulla var i begyndelsen af tresserne, havde en lang videregående uddannelse inden for et naturfagligt felt, og var ansat i en stor privat virksomhed. Ulla var i sin tid startet i Sunddialog med det formål at tabe sig, og da hun afsluttede forløbet, var det lykkedes hende at tabe sig 7 kg. På tidspunktet for evalueringen skulle hun til at påbegynde endnu et forløb i Sunddialog, da hun ønskede at forbedre et forhøjet kolesteroltal og blodtryk. I den forbindelse efterspurgte hun støtte til at fastholde sit tidligere væggtab samt at få indarbejdet flere motionsvaner i sin hverdag. Ulla søgte at inddrage både sin familie og sin vennekreds i arbejdet med at gennemføre og fastholde livsstilsændringer, men også især sine kolleger og arbejdsplads.

Ullas arbejdsplads havde mange sundhedsrelaterede tilbud til sine ansatte, hvilket Ulla drog stor nytte af. Hun havde eksempelvis deltaget i et væggtabsprogram med ugentlige foredrag og vejninger i fællesskab med sine kollegaer arrangeret af og afholdt på arbejdspladsen. Derudover trænede hun jævnlige i det fitnesscenter, som arbejdspladsen stillede til rådighed for sine ansatte. Samtidig havde Ulla indarbejdet små tiltag i løbet af sin arbejdsdag, der støttede hende i at opnå en sundere hverdag. Alle medarbejdere havde eksempelvis fået udleveret en elastik og en folder med øvelser, som den enkelte kunne udføre i løbet

af arbejdsdagen. Ulla forklarede, at hun trænede med elastikken om formiddagen, når hun stod ude på gangen og alligevel ventede på, at kaffemaskinen skulle blive færdig. Hun kommenterede, at hun gjorde sit til at få andre kollegaer med på træningen: "Vi har jo alle fået en", påpegede hun om elastikken. Derudover sad Ulla på en bold, når hun arbejdede ved sit skrivebord for hele tiden at være i bevægelse, og på sin pauseskærm havde hun afbilledet to vægtkurve, der viste henholdsvis udviklingen i hendes egen hendes mands vægt igennem det sidste års tid.

I forbindelse med det første forløb i Sunddialog havde Ulla sat sig selv forskellige mål og opstillet specifikke opgaver. Hun beskrev eksempelvis, hvordan hun havde startet en gåklub på arbejdet, hvor hun mødtes med kolleger en gang om ugen for at gå ture efter arbejde. Samtidig var hun begyndt til vandgymnastik med en kollega, også en gang om ugen. Ulla beskrev, hvordan et mål havde været at tabe sig, så hun kunne passe en bestemt størrelse arbejdsbukser, som hun tidligere havde anvendt over en lang årrække, samt at kunne tage trapperne til alle møder i huset uden at blive forpustet. En specifik opgave i den forbindelse havde været at undgå at spise chokolade og andet usundt til møderne. Ullas arbejdsplads og hun selv opstillede med andre ord rammer i arbejdstiden, der fordrede at skabe en løbende bevidsthed om livsstil og sundhed. Måske derfor søgte Ulla i høj grad at inddrage sine kolleger i sit forsøg på at tabe sig. Hun kommenterede hertil: "Så det er ikke sådan, at det her, det skal kun være mig. Det er der ikke nogen, der må vide noget om. Fordi så har jeg committed mig mere. Så er det et lidt større nederlag, hvis jeg godt kan se, at nu kan jeg ikke være i bukserne igen. Og jeg har en mandlig kollega, som også [...] følger sit kolesteroltal. Og han kommer så og siger, nu skal du sgu høre... denne her gang, der var det helt [tommelfinger i vejret]. 10-4. Og jeg går så ned og fortæller ham, at nu har jeg opnået det og det. [...] Og jeg har jo fortalt, at jeg har det i min kalender, så alle sammen kan se, at jeg skal til læge i eftermiddag. For jeg mener også, at det er vigtigt, at jeg er en sund medarbejder". Ulla forklarede tillige, hvordan kollegernes opmærksomhed både kunne være virke motiverende, fordi de gav hende komplimenter, når de kunne se, at hun havde tabt sig, og fordi de mindede hende om de aftaler og mål, hun havde opstillet for sig selv: "Så tog jeg ét lille stykke [wienerbrød] en dag, og så pillede jeg sukkeret af, og så var der en, der sagde, ved du hvad? Sukkeret er såmænd nok det sundeste i det der stykke wienerbrød. Og det gjorde mig opmærksom på, at ja... Det havde du nok ret i. At det fedtstof, der er i wienerbrød, det er ikke af den sunde slags".

I arbejdet med at yde egenomsorg for sig selv betød det med andre ord noget for både Berit og Ulla, at de havde støttende relationer, som de kunne indgå i, samt mulighed for at trække på forskellige sociale fællesskaber og netværk – også selvom dette kunne være fællesskaber med folk, de ikke havde set, som i Berits tilfælde.

### 2.6.3 Relation til viden og empowerment

Berits relation til sygeplejersken i klinikken og til det netværk af patienter, som hun ikke kunne se, men alligevel følte sig som en del af, forstærkede hende til at gennemføre og fastholde nye vaner om kost og motion. Samtidig understregede hun, hvordan viden om diabetes i relation til kost og motion havde forstærket hende til bedre at kunne drage omsorg for sig selv: "Det er både Sunddialog, men også de ting, som kommunen har tilbudt, for hvis jeg ikke havde fået alt det, jeg har fået, ved jeg ikke, hvor jeg havde været i dag. Min sygdom havde nok været værre ved mig nu end den er. For umiddelbart er der ikke nogle følgesygdomme *endnu*". Berit beskrev også, hvordan denne 'empowerment' eller øgede evne til at drage omsorg for sig selv havde resulteret i, at hun i højere grad kunne drage omsorg for sin mor, som også havde diabetes. Moderen boede nemlig i en anden kommune, som ikke havde nær de samme tilbud, som dem Berit havde haft, og Berit sør-

gede derfor for at dele ud af sin viden og gode råd til moderen. Berits historie viser dog samtidig, at det kan være svært at drage omsorg for sig selv blot ved at ændre på kost- og motionsvaner, hvis man i høj grad allerede gør det, som man bliver rådgivet til.

Modsat Berit trak Ulla i høj grad på sine omgivelser i sit forsøg på at omlægge vaner. Hvor egenomsorg ellers har en privat karakter, ligesom netværk og ressourcepersoner gerne forbindes med familie, venner eller sundhedsprofessionelle med tavshedspligt, gør Ulla brug af en anden, nærmest modsat logik for at motivere sig selv. Ved at bringe kolleger ind i sin arbejdskalender, i møder og ritualer for frokost og personaleaktiviteter formår hun at skabe opmærksomhed om sine (nye) vaner, så kollegaerne i en eller anden grad kommer til at bidrage til at fastholde hendes i hendes bestræbelser på livsstilsændringer: Om det er kollegaen, hun konkurrerer med om fald i kolesteroltallet, offentlig annoncering af lægeaftaler, indgåelse af forpligtende svømmeaftaler, italesættelse af firmakagens kalorieindhold eller opfordringen til at være en sund medarbejder, så prøver Ulla at gøre hendes private bestræbelser til en del af et arbejdsfællesskab og dets sociale normer. Hendes netværk for egenomsorg får derfor karakter af en social forpligtigelse til at leve sundere. Hvorvidt der er tale om Freirs begreb om 'social empowerment' kan ikke udledes på baggrund af Ullas case. Det er blot værd at fremhæve, at der er spændinger mellem de private ressourcer og sociale rammer, som patienterne har for at gennemføre adfærdsændringer. Sunddialog er i indeværende evaluering kun implementeret i regi af almen praksis og det offentlige sundhedsvæsen og ikke hos private aktører eller på arbejdspladser. Alligevel fremgår det af patientinterviewene, at livsstilsændringer, netværk, viden og ressourcer til øget egenomsorg griber ind i alle sfærer.

Det følgende kapitel beskriver sygeplejersker og lægers brug af Sunddialog i almen praksis.

## 3 Sunddialog it-værktøjet i almen praksis

### Behandleren som bruger

Det følgende afsnit giver et indblik i behandlerens brug af Sunddialog. Redskabet indgår i lægeklinikkens tilbud til patienter, der enten selv efterspørger hjælp til forebyggelse, eller hvor lægen anbefaler det som sygdomsforebyggelse. Det er lægen, der er ansvarlig for forebyggelsessamtalerne, mens forebyggelsesforløbene udføres af praksissygeplejersken. Sunddialog er her et forebyggelsestilbud blandt flere. Andre redskaber kan være rygestop-samtaler og den Anerkendende samtale. Det særlige ved Sunddialog-tilbuddet er den øgede struktur og muligheden for via it-redskabet at fastholde beslutninger og mål med patienten på tværs af de enkelte konsultationer. Meningen hermed er at skabe kontinuitet mellem de enkelte konsultationer, ligesom strukturen hjælper til at oversætte de indgåede aftaler i konsultationen til konkrete handlinger, som patienten efterfølgende kan realisere i hjemmet. Sunddialog giver også it-redskabet struktur til samarbejdet mellem læge og sygeplejerske ved at dokumentere patientens sundhedsværdier og adfærdsændringer i selve forebyggelsesforløbet. De følgende to afsnit giver indblik i sygeplejerskernes anvendelse af Sunddialog og lægernes oplevelse af Sunddialog som et særligt tilbud til udvalgte patienter med kroniske lidelser.

### 3.1 Forebyggelsessamtaler til patienter med behov for livsstilsændringer

*Signe er en erfaren og engageret praksissygeplejerske. Hun har arbejdet med Sunddialog i 4 år og har gode erfaringer med det. Faktisk så gode, at hun har taget tankegangen i Sunddialog til sig og ikke kun anvender det på det forholdsvis begrænsede antal patienter, der er i forebyggende behandling med Sunddialog, men bredt på mange andre patientsamtaler – også privat. Signe har fået et fagligt løft med Sunddialog. Hun mener, hun har fået et strukturerende værktøj, der kan inddrage patienten mere og give denne mere kontrol med sin sygdom i hverdagen, også i et længevarende perspektiv. Faktisk handler Sunddialog ifølge Signe og hendes kolleger ikke kun om at realisere et mål om eksempelvis væggtab, men om at kunne finde tilbage på 'den rigtige vej', når man 'er gået ned af den forkerte'. Sygeplejersken ser derfor forebyggelse med Sunddialog i et livsperspektiv, der omhandler viden, muligheden for at vælge bevidst og tage ansvar. Ikke alle patienter mangler viden om, hvad der er rigtigt at gøre i forhold til mad og motion, men de kan have svært ved at få det oversat til konkrete handlinger i hverdagen. Signes faglige identitet får karakter af en coach, der hjælper patienten med til at få muliggjort et nyt handlerum med konkrete, realiserbare mål, som herved bidrager til at opbygge dennes selvværd og egenomsorg, således at: "... de [patienterne] får mere kontrol og ejerskab over deres situation". Signe vurderer også, at det særlige ved Sunddialog er, at det bidrager til en positiv stemning i kontakten med patienten: "Jeg kan godt lide, at programmet er positivt – tager udgangspunkt i hvad folk selv kan, for som behandler får du oftest at vide alle de ting, som de ikke kan, og det er dræbende at høre på, også for en selv". Sunddialog giver Signe mulighed for at komme "bredere og dybere" omkring patientens sundhedsproblemer. Særligt kompasset støtter hende i at tale med patienten og reflektere dennes sundhedsproblem i relation til sit øvrige helbred, arbejde, familie og fritid.*

### 3.1.1 Praksissygeplejerskens opgaver og praksis

Praksissygeplejersken har mange opgaver: "Jeg er jo sådan en blæksprutte, ik'". Signe sammenfatter: "Jeg har mange spændende opgaver som sygeplejersken i den her praksis, og det er også en rigtig spændende praksis at være i, men lige præcis Sunddialog giver mig rigtig meget, og sådan har mine kolleger det også. Vi kommer jo ret tæt på de her patienter, og det er et forløb over nogle måneder, så vi lærer dem rigtig godt at kende, og det er fedt i så travl en hverdag – vi har 8.000 patienter i den her praksis – så er det fedt at komme tæt på nogen af patienterne, og det er også fedt for dem at få en anden tilknytning til deres lægehus. Det giver mig helt klart et fagligt boost, og den måde man lærer at tænke på i Sunddialog i forhold til at tænke i ressourcer og gevinster, den synes jeg også, jeg bruger i andre sammenhænge – måske uden at tænke over det. I forbindelse med mine rygestopsamtaler er der lidt, jeg kan hente, også privat". Praksissygeplejerskerne har et bredt fokus på sygdom og uhensigtsmæssig livsførelse: "Jeg har meget med livsstil at gøre: alle diabetespatienter, alle hypertonicere (forhøjede blodsukkerværdier), alle med øgede kolesteroltal, overvægtige, rygestoppere og meget andet, fx vaccination, men livsstilsforandringer er en stor del af mit område". Alligevel er Sunddialog kun et tilbud til forholdsvis få patienter i sammenligning med, hvor mange patienter der har lidelser, som kunne forebygges med ændringer i livsstil og øget egenomsorg.

### 3.1.2 Udvalgelse af patienter til forebyggelsessamtaler med Sunddialog

Udvalget af patienter til Sunddialog er flersidet. Først og fremmest har klinikken ikke kapacitet til "ti Sunddialog-patienter om dagen". Det skyldes, at selvom mange af patienterne har sundhedsproblemer, der kan behandles med forebyggelse, så er de ikke motiveret til selv at gøre noget aktivt og tage ansvar for deres helbred. Nogle har heller ikke de fornødne ressourcer, enten fordi de er ny diagnosticerede med diabetes<sup>2</sup>, har været udsat for en ulykke eller andre forhold, der kræver deres primære opmærksomhed. Den mulige Sunddialog-patient er derfor betinget af flere forhold:

1. At være motiveret til at ændre vaner
2. At være indstillet på at gøre noget selv
3. At udvise en vist refleksionsformåen
4. At have opmærksomheden 'fri' fra andre livsvigtige forhold, fx
  - ikke ny-diagnosticeret med diabetes
  - ikke for stressramt, således at refleksionsarbejdet med Sunddialog kan stresses yderligere
5. At have negative erfaringer med at prøve at gennemføre ændringer selv
6. At have adgang til en computer og lidt it-erfaringer

Sygeplejersken beskriver den implicite for-forståelse af en Sunddialog-patient som en person, der har prøvet mange forskellige tilbud for eksempelvis at komme ned i vægt og ændre livsstil, men uden held. Ofte er potentielle Sunddialog-patienter selv klar over, at en behandling ikke vil lykkes grundet partnere og familie, der ikke er indstillet på ændringer. At "plante en spire" og skabe "håb" er således sygeplejerskens beskedne målsætning for de patienter, der har et ønske, men ikke ressourcerne og "troen" på at kunne gennemføre et

---

<sup>2</sup> Sunddialog er udviklet til patientgrupper, der er i risiko for at blive overladt til sig selv, fx i tilfælde af stress eller diabetes. Alligevel vurderer sygeplejerskerne, at der skal være visse ressourcer eller sygdomserkendelser til stede, før patienten tilbydes et Sunddialog-forløb.

forløb. Patienter med stress kan dog også finde hjælp i Sunddialog til at prioritere og vægte de opgaver og handlinger, som giver dem en positiv gevinst. Alligevel vurderer sygeplejerskerne, at Sunddialog ikke egner sig til alle stressramte patienter, idet forløbet kræver "arbejde af patienten" og derfor kan stresses denne yderligere.

### 3.1.3 Samarbejdet mellem sygeplejerske og patient med Sunddialogværktøjet

En væsentlig del af sygeplejerskens samarbejde med patienten går ud på at oversætte de biologiske tal til meningsfulde beslutninger – "mål" som patienten kan realisere selv, men også efterfølgende holdes ansvarlig for over for sygeplejersken. Sygeplejersken har en væsentlig rolle i, at det lykkes patienterne at "komme i gang" med at lave livsstilsændringer. Patienterne beskriver hendes rolle som en blanding mellem en autoritet og en ven, der både fastholder og motiverer, både fordi det er lidt flovt ikke at holde indgående aftaler, og fordi sygeplejersken indgyder mod og tillid til, at det kan lykkes – eller når det ikke lykkes: at målet kan ændres til noget mere realistisk. Afgørende er, at patienten lærer. Fælles for de patientforløb, som sygeplejerskerne beskriver, er, at de mål, som patienterne starter med, fx at tabe sig, kan ændre sig i forløbet, således at fokus flytter sig fra vægt til at opleve mere kontrol med deres liv: "For eksempel havde jeg en patient, der gik hos mig i længere tid, fordi hun også fik et opfølgingsforløb. Hun kom egentlig, fordi hun gerne ville tabe sig, men under samtalerne viste det sig, at der var så mange andre ting. Der var noget omkring humør og depression (diagnosticeret), og hun havde også noget astma. Ved hjælp af Sunddialog fik hun øje på, hvor meget hun egentlig selv kunne – det gik ligesom op for hende, at hvis hun skulle skabe en forandring, skulle det ligesom komme fra hende selv. Hun fik et 'boost' til hendes selvtillid, og hun følte, at hun fik konkrete værktøjer, så hun kunne gå hjem og skabe de her forandringer. Da vi efterfølgende evaluerede, var der sket så mange ændringer, men hun havde ikke tabt sig (hun var heller ikke svært overvægtig), men det betød ikke så meget, for hun havde fået større livskvalitet og mere mod på at gøre nogle af de ting, som hun dybest set gerne havde villet i længere tid. Der var også nogle problemer med familien, hvor hun fik lært at passe bedre på sig selv osv."

Andre eksempler er patienten, der starter i Sunddialog med ønske om vægttab, men at målet kommer til at handle om mere livsglæde. En sygeplejerske sammenfatter: "Jamen igennem de her år har jeg set flere eksempler på, at der er mange mennesker, der tænker, at hvis bare jeg taber mig, så bliver jeg lykkeligere. Og det jeg så ser, det er, at det ikke er selve vægttabet, de bliver lykkeligere af. Det er også rigtig mange, der bliver rigtig tilfredse, fordi de lige pludselig føler, at de selv har kontrol over, hvad det er, at de gerne vil. De er blevet klogere på dem selv på, hvad det er for nogle ting, de godt kunne tænke sig at ændre på, og det, at de lige pludselig føler, at de har nogle tøjler de kan hive i, og at det ikke bare er tilfældighederne. Det er ikke sådan, at man siger nå, men jeg vil gerne tabe mig. Men hver gang jeg går forbi en skål slik, så spiser jeg bare det, der er, fordi nu stod den der bare lige. Lige pludselig kan de selv stoppe op og sige: 'Nej, det er faktisk ikke det jeg vil, det er noget andet, jeg gerne vil'. Og den følelse af, at de har selv den kontrol, den gør dem lykkelige. Det giver dem større livskvalitet og ikke lige, om de vejede det ene eller den andet. Altså, det er spadestikket dybere, end at man lige ser, at man har tabt 5 kilo, men faktisk en tilfredshed af, at de føler, at de har kontrol over deres eget liv". Altså er empowerment-tilgangen om øget indflydelse og kontrol til patienten et tydeligt formål for sygeplejerskernes brug af Sunddialog.

## Empowerment gennem inddragelse, anerkendelse og ros

Centralt for sygeplejerskens inddragelse af patienten er anerkendelse af, hvad patienten selv syntes er vigtigt. Sygeplejersken følger op med kreative forslag til mulig løsninger og handlingsveje, så patienten har en allieret i sygeplejersken. Ros som ekstra genvist er en central del af samtaleformen, der både virker positivt på patienten og på sygeplejersken. Glæden og troen på succes bliver også en del af den positive stemning i konsultationssamtalen. De er begge stolte over resultaterne. Også i tilfældet med en mandlig patient, der kun opnåede et vægttab på ét kilo efter 7 konsultationer. Forløbet gjaldt som en succes, idet patienten havde forvandlet sig fra en person, der havde problemet med at rumme mange mennesker på en gang til at få mere kontakt med sin familie, reagere med mindre vrede, dyrke mere motion og komme mere ud blandt andre mennesker. I sygeplejerskens tolkning havde patienten fået mere livskvalitet i en hverdag med KOL, fordi han var blevet bedre til at leve med sygdommen både med sig selv og andre. Sygeplejerskerne oplever således, at Sunddialog ikke kun er et redskab til at forbedre fysiologiske mål, men et medie til at oversætte mere overfladiske mål til nogle beslutninger og indsigter, der gør en forskel for patientens almene livssituation.

### 3.1.4 Sunddialog: en Oversættelse af fysiologiske tal til mening og handling

En central indsigt hos behandlerne er, at de mange fysiologiske tal ikke er tilstrækkeligt til at medføre adfærdsendringer hos patienten. "Du kan ævle-bævle alt om de blodprøvetal, hvis de ikke ligesom forstår det eller har lyst til det, så hjælper det jo ikke noget. Altså det hele handler jo om motivation, ik'?" Selvom patienten har fået et foruroligende fysiologisk tal om fx forhøjet blodtryk eller blodsukker og risikoen for følgesygdomme, så er sådanne budskaber angstskabende nok til at initiere et ønske om livsstilsændringer. Men den fysiologiske information (og angsten) i sig selv giver ikke patienten indsigt i egne vaner, ej heller til for at identificere hvor egne muligheder for livsstilsændringer, og hvorledes disse kan fastholdes. Sunddialog giver her sygeplejersken nogle redskaber, hvor hun ikke bliver ansvarlig for patientens situation, men tilbyder denne en ny kontekst for at forholde sig til 'tallene' og fortolke deres betydning i en større sammenhæng: "Det er rigtig rart, at man ikke skal sidde og være problemknuser, men kan smide bolden tilbage (til patienten), og ofte har de tænkt på nogle ting og er måske gået lidt i gang inden den første samtale. I programmet skal de registrere kost og motionsvaner, og det er ofte en øjenåbner for dem for eksempel at finde ud af, at de sidder foran tv'et 8 timer om dagen og kun rører sig 10 minutter". En central del af sygeplejerskens oversættelsesarbejde bliver derfor at starte forandringer i hverdagen via små trin og i realistisk øjenhøjde. Store mål om en 3-timers motionsplan hver anden dag i et fitnesscenter fører nemlig kun til nederlag for patienter, der ikke er vant til at motionere, ligesom radikale kostrestriktioner, som patienten hverken kan overholde i længden eller familien ikke støtter op om, ikke giver hensigtsmæssige forandringer. Skridtene skal derfor være mindre og omhyggeligt tilrettelagt ud fra samtalen med sygeplejersken om, hvad der umiddelbart er realistisk – og hvis ikke, hvor der kan skabes et muligt handlerum. "Det er meget vigtigt, at man lige som får sat ord på, hvad det er, jeg (patienten) vil gøre anderledes. Det gør opgaverne meget simple og lettere at gå til og også til at vurdere, om de er overholdt. Uden bliver alt meget flydende, hvor man siger, man skal dyrke mere motion, men får ikke gjort det", ræsonnerer sygeplejersken Susanne. Hun giver et eksempel på en ung patient, der straks vil til at løbetræne tre gange om ugen. Patienten vejer 110 kg. Så den mere realistiske og opbyggelige handlingsplan bliver, at hun skal starte med i det hele taget at overvinde sig selv til at gå ind i sportsforretningen og købe løbesko. Et mål som hun ikke taber sig af, men som på sigt psykisk og fysisk er en forudsætning for, at hun får en sundere livsstil.

### 3.1.5 Skabelse af egenomsorg gennem refleksionsarbejde

Afvejningen mellem patientens mål og de midler – i Sunddialog kaldet 'ressourcer' – der skal til for at opnå målene, samt forestillingen om hvad der opnås, altså 'genvinsten', er centralt i sygeplejerskens og patientens samtale. Sygeplejersken åbner via sine spørgsmål op for refleksionsarbejdet hos patienten, hvori abstrakte tal, eksempelvis kropsværdier, reflekteres ind i konkrete vaner og relationer til andre og sig selv. Det kan være cigaretten, der er et sundhedsproblem, men i hverdagen opleves som en trøstende ven, når man er ensom og samtidig på kant med familien. Eller det kan være egenomsorgen, der aldrig bliver til noget, fordi patienten oplever, at andre altid er vigtigere at tage sig af. Sygeplejersken Lone fortæller om en patient i Sunddialog: "Hun var en enorm omsorgsperson hele tiden: for hele familien, mand, den raske søn eller datter, plus det her handicappede barn, de havde, plus hendes job, og hun havde jo afsindig mange undskyldninger, fordi hun ikke tog sig selv seriøst. Hun brugte omkring 8 måneder [i Sunddialog, red.], hvor hun fandt ud af en aften, hvor hun ikke havde stadset rundt og gjort alle tilfredse, at det faktisk var hende selv, det her handlede om, ik'? Og da hun så begyndte at tage sig selv seriøst, så skete der noget". Patientens refleksionsforløb i Sunddialog-samtalerne med sygeplejersken skaber nogle (nye) fokuspunkter i patientens opmærksomhed på sig selv, sine behov, relationer og hverdag, således at patienten både forstår sit sundhedsproblem i den nye sammenhæng og oplever og mærker betydningen af at kunne omlægge sine vaner til nye handlinger og betydninger for selvidentiteten, der kan have en positiv betydning for helbredet, selvværdet og relationen til andre. Samtidig er det også klart, at ikke alle patienter har lige let ved at reflektere over deres vaner og sætte ord på deres ressourcer. It-programmet giver en liste af mulige ressourcer til støtte for, at patienten kan 'vælge sig ind' på en ressource, ligesom sygeplejersken laver en slags opmærksomhedsarbejde, hvor hun gennem sine spørgsmål og forslag støtter patienten i at tænke sine muligheder, mål og valg anderledes. Spørge- og refleksionsprocessen også kan opleves grænseoverskridende og sorgfyldt for patienten, fx hvis denne erkender ikke at have et netværk eller nogle ressourcepersoner til at støtte dem. Samtalemetaforer som "gardenet" er en håndgestus, hvormed patienten kan markere et garden foran sig som personlig grænse for, hvad hun vil tale om. Refleksionsprocessen kan derfor også involvere erkendelsen af personlige grænser for at indgå i dialog om 'adfærdsændringer', ligesom den kan pege på patientens i nogle tilfælde skrøbelige sociale rum/netværk til at gennemføre ændringer.

### 3.1.6 Skabte eller iboende ressourcer hos patienten?

Sygeplejerskerne har flere betragtninger til begrebet ressource, som er den 'kraft', der skal hjælpe med at realisere et nyt mål. Diskussionen kommer af, om ressourcen – eksempelvis 'handlekraft' eller 'stædighed' – er en egenskab, som patienten allerede har og skal aktivere for at realisere et aftalt mål, eller om det er en egenskab, som patienten skal udvikle for at kunne realisere handlingen. Altså om ressourcer er en indre, essentiel og personlig værdi, eller noget der skabes i interaktionen med andre såsom sygeplejersken eller aktiviteten selv. Interessante holdninger var dels oplevelsen af, at den nødvendige ressource opstod som en del af selve aktiviteten at opstille nye mål og overveje deres mulige betingelser: "Folk får et løft af selve spørgsmålet efter deres ressourcer. Og jeg tror slet ikke, de vil se den ressource, hvis ikke de selv havde den. De ser den, fordi de har den". Og den modsatte holdning at det ikke giver mening at "ressourcer er noget, man skal ønske sig til, vel? Altså, det er ikke sådan, at jeg kunne godt tænke mig at være standhaftig, hvis man ikke er det. Så er det en rigtig skidt ressource at tage fat i fordi ... så lykkes det jo ikke ... De skal tænke 'Dét der, det kan jeg godt genkende'".



Gevinst var ligeledes et ord, det kunne være svært for patienten at tænke i. En sygeplejerske undlod derfor at spørge til gevinster, da tankegangen bag var for instrumentel. Det var normalt for patienterne bevidst at tænke i belønningsstrukturer for deres handlinger. Andre sagde, at det i opstarten kunne være svært at tale direkte om 'gevinster', men betydningen kom frem i forløbet, efterhånden som motivationen steg. Det skete særligt gennem sygeplejerskens ros og patienternes oplevelse af, at de kunne ændre noget, der gjorde dem stolte og øgede deres selvtillid. En del af sygeplejerskens spørgeteknik går også ud på at spørge ind til patientoplevelsen, altså også hvilke følelser forskellige aktiviteter kunne frembringe, fx også til støtte af patientens kropsfortolkning efter motion. Disse spørgsmål er ikke neutrale, men positivt ladet, idet de går ud på at give patienten en skærpet kropsbevidsthed med en positiv værdisætning af eksempelvis at spise flere grønsager, at motionere, at ryge mindre osv. Det understøtter derfor også et gradvis skift i patientens selvbillende og præferencer i forhold til belønningsstrukturer, fx patienten Fredmys flødeskumskage, der er skiftet ud med hjemmelavede diabetessmåkager og gåture i stedet for tid på sofaen.

Begreberne i Sunddialog understøtter derfor en delvis normativ proces, hvor patienten hjælpes til at tænke i positive egenskaber om sin egen kunnen og positiv værdisætning af sin kropserfaringer ved livsstilsændringer. Samtalerne får hermed et anstrøg af manipulation eller compliance, idet det underliggende er klart, hvad der er sund versus usund levevis. Selvom sygeplejersken indtager en coachrolle, repræsenterer hun samtidig en traditionel sundhedsfaglig autoritet, der gælder som målestok for, hvad der er sundt og rigtigt. Sygeplejerskerne udtrykker dog ikke tvivl om, at Sunddialogs succes hænger sammen med, at patienterne reelt set oplever, "at det virker". De får ændret nogle vaner, og selvom de ikke opnår det væggtab, de havde som oprindeligt formål med at gå i Sunddialog, så har de fået bedre livskvalitet og mere kontrol med deres sygdom.

### 3.2 Den almene praksislæge som bruger

Forebyggelsessamtalerne med Sunddialog er kun en lille del af klinikkens samlede ydelser til patienter med kroniske lidelser. En stor del af klinikkens primære opgaver er kontrolundersøgelser til måling af de kroniske patienters fysiologiske værdier og den tilsvarende regulering af deres medicin. Sunddialog er i den sammenhæng et særligt tilbud, både gennem struktureret at understøtte forebyggelse af sygdommenes forværring og klinikkens kvalitet og ressourceforbrug i varetagelsen af disse patienters behandling. Lægen har et fagligt ansvar for folkesundheden, og i tilfældet med de mange patienter med kroniske lidelser er der tale om at undgå forværringer i patienternes tilstand. Med Sunddialog har lægen et redskab til at støtte patienterne til at tage mere ansvar for deres sundhedsadfærd, samtidig med at selvsamme forebyggelsesopgaver kan uddelegeres til sygeplejersken.

### 3.2.1 Lægens ansvar for folkesundheden

Sunddialog er et tilbud i Ellens klinik. Hun er glad og stolt over at have et tilbud til de mange patienter med "metabolisk syndrom"<sup>3</sup>, der enten har eller er i udsigt til at få en eller flere kroniske sygdomme. Samtidig er de mange patienter med syndromet også ressourcekrævende, så muligheden for at uddelegere forebyggelseskonsultationerne med Sunddialog og samtidig styrke sygeplejerskens faglighed har været kærkommen. Ellen sammenfatter: "Altså vi har så forfærdeligt travlt, og vi har så mange opgaver og tiltagende mangel på praktiserende læger her i området. Vi har jo rigeligt i at behandle de syge, vi har. Derfor har det været en måde at aflaste os at uddelegere de kompetencer" således:

- at lægen stadig har et overblik over udviklingen i patientens helbred
- at sygeplejersken har fået et bedre strukturerende værktøj til at støtte og fastholde patienten
- at patienterne bliver inddraget i ansvaret for deres liv

Ellen mindes situationen før Sunddialog: "Det har været en frustrationskilde tidligere, de her evindelige forsøg på at få folk til at tabe sig eller holde op med at ryge, og der virkede Sunddialog som en ny, ny måde at gå til tingene på, og en måde der måske kunne inddrage patienten lidt mere, i stedet for at de kom og lagde deres liv på skrivebordet. Troede at de havde gjort deres ved at møde op i praksis! Så på den måde vil jeg sige Sunddialog var en tiltalende facon, og det, det syntes vi stadig. Jeg har det fint med, at vi kan tilbyde patienterne det strukturerende tilbud, hvor det fra starten af er afklaret, at det er noget, de selv skal have ansvar for, men at de bliver holdt i hånden på vejen".

Ellen bekræfter den almene læges ansvar for folkesundheden, men oplever også forskellige tendenser og politikker i forhold til forebyggelsesområdet. Da klinikken tog Sunddialog i brug, havde det afsæt i en politisk velvilje til at investere mere i forebyggelse imod udviklingen af stadig flere borgere med kroniske lidelser. I mellemtiden oplever hun skiftende vinde, både i form af ændringer i honorartilskuddet fra regionerne, og fordi der politisk er lagt op til at kommunerne kan varetage forebyggelse. Dette valg tror hun dog ikke meget på. "Jeg mener, det er en del af kronikerbehandlingen at undgå – helst, at de udvikler sygdommene, men også at prøve at undgå, at det bliver værre, når først de har dem. Så jeg kan ikke se, at vi kommer uden om det, altså om vi så kalder det behandling eller kalder det forebyggelse. Det er jo en strid om ord, ikke". Hun vurderer også, at mange kommuner ikke har kapaciteten (er store nok) til at løfte opgaven, også fordi forebyggelsesindsatsen er vanskelig over for de "svage patienter". Der er i det hele taget få tilbud til denne gruppe af patienter, og deres accept og deltagelse forudsætter en tryk kontakt, som lægen vurderer, de snarere har til deres lægeklinik end til kommunen. Ikke mindst da det er et sted, de i forvejen kommer.

---

<sup>3</sup> Metabolisk syndrom er ingen sygdom, men det er en samling af forstyrrelser i kroppens omsætning af næringsstoffer (metabolisme). Det omfatter forandringer som højt blodtryk, høje insulinværdier, overvægt og høje kolesterolværdier. Disse forstyrrelser øger risikoen for udvikling af diabetes, hjertesygdom, blodprop i hjertet, forsnævrede pulsårer i benene eller slagtilfælde. Hver af forstyrrelserne er i sig selv en risikofaktor for andre sygdomme. Optræder de i kombination, kan disse forstyrrelser i betydelig grad øge risikoen for at udvikle sygdomme, som kan være livstruende. Metabolisk syndrom er en almindelig tilstand, og forekomsten stiger. Derfor er det et af de områder inden for medicin, som får stor opmærksomhed. Det positive ved det metaboliske syndrom er, at det er muligt at bremse eller standse udviklingen gennem fornuftig livsstilsændring. På den måde kan du forsinke eller helt undgå udvikling af de nævnte sygdomme, se: <https://www.sundhed.dk/borger/sygdomme-a-aa/hjerte-og-blodkar/sygdomme/oevrige-tilstande/metabolisk-syndrom/> [Accessed 27.03.2013].

### 3.2.2 Samarbejdet mellem læge og sygeplejerske med Sunddialog

Læge-sygeplejerske samarbejde med Sunddialog kan ses som en udvidelse af og forlængelse af samarbejdet omkring de kronisk syge patienter, hvor lægen eksempelvis regulerer den medicinske behandling på baggrund af sygeplejerskens måling af patienten blodtryk, EKG og lignende: "Vi kan så følge op på, hvordan effekten har været af de tiltag, der er lavet, og det syntes jeg er fint. Men jeg syntes selve det at være inde i selve programmet, det har jeg ikke tid til at sidde og kigge på sådan i det daglige, altså det betragter jeg som et arbejdsredskab for sygeplejersken". "Vores sygeplejerske opsummerer så med nogle få linjer i journalen, sådan at vi har – hele tiden har et overblik, når vi ser patienten, hvor de er i processen". "Det er jo fint at kunne samle op på, hvad er det for nogle risikofaktorer, de har, og hvad gør de selv for at komme dem i møde, ikke". It-redskabet indtager således en særligt kvalitetsfremmende rolle for både lægens og sygeplejerskens individuelle faglighed, men også samarbejde. It-redskabet fastholder patientens biologiske mål og livsstilsændringer over tid, fx via en grafisk gengivelse, der således også understøtter den samlede kontrol og behandling af patienten. Samarbejdet mellem sygeplejersken og lægen består i, at sygeplejersken sammenfatter de noterede værdier i Sunddialog i et notat til lægen, der herigennem kan monitorere forebyggelsesindsatsens indvirkning på patientens almene helbredtstilstand. Lægen får hermed konkrete data til at vurdere effekten af forebyggelsessamtalerne og inddrage disse i vurderingen af patientens almene helbredtstilstand, eksempelvis til årskontollen. Sammenfattende kan man derfor slutte, at Sunddialog-redskabet ikke kun giver patienten en mulighed for mere kontrol med eget helbred og dermed øget livskvalitet, giver sygeplejersken et fagligt løft og bidrager til lægens indsigt i patienten.

### 3.2.3 Ændringer i honorarstrukturens betydning for Sunddialog i klinikken

Lægen spiller også en afgørende rolle i at udvælge, hvilke patienter der skal tilbydes et Sunddialog-konsultationsforløb – ikke mindst da det handler om prioritering af ressourcer, ikke kun i klinikken, men også på samfundsniveau.

Ændringer i honorarstrukturen betyder, at regionen ikke længere aflønner forebyggelses-konsultationerne med 30 minutter, men kun til normal 15 minutters takst. Sunddialog har tilpasset programmet til 15 minutters konsultationer, men sygeplejerskerne vurderer, at samtalerne bredde og dybde stadig kræver mere tid. De forskellige lægepraksis har derfor måttet forholde sig til og prioritere internt i klinikken til tids- og ressourceforbrug på forebyggelse og Sunddialog. Det betyder, at der er forskelle i, hvorledes de enkelte klinikker har opretholdt og varetager deres tilbud om forebyggelse med Sunddialog. Forskellene lader sig sammenfatte i følgende fem variationer:

1. I en klinik er brugen af Sunddialog uændret 7 konsultationer à en halv time, bortset fra at sygeplejersken så lægger 10 minutter "af sin egen tid" hver gang – tid, som hun prøver at hente ind på andre opgaver. Hun oplever derfor sit arbejde mere stressende.
2. En anden klinik har valgt 15 minutters Sunddialog-konsultationer, men har så udvidet antallet til flere end de oprindelige 7 gange.
3. En tredje løsning er blevet et kompromis på konsultationer af 20 minutters varighed.
4. En fjerde sætter indledningsvis 30 minutter til start af patienten i Sunddialog for dernæst at fortsætte med 15 minutters konsultationer.
5. En sygeplejerske i en lille klinik oplever, at Sunddialog må nedprioriteres i forhold til hendes "primære opgaver", som er at bistå lægen med måling af blodtryk, blod-

sukker og andet hos patienter til kontrol for deres sygdom. Sunddialog-konsultationer tilbydes heller ikke i sommerperioden, hvor der på grund af ferie er mindre personale, samt at konsultationerne må aflyses de dage, hvor der opstår spidsbelastninger. Sunddialog tilbydes derfor i mindre omfang.

Sygeplejerskerne er således givet forskellige råderum for prioritering af Sunddialog, herunder at forebyggelsessamtalerne er under pres og endog udfases. Forebyggelsessamtaler hører ikke til sygeplejerskernes kerneopgaver i klinikken og i samarbejdet med lægen. En læge forklarer, at de forskellige prioriteringer af sygeplejerskernes opgaver og tid på Sunddialog hænger sammen med praksis størrelse, således at små klinikker har brug for fuldt honorar for at finansiere sygeplejerskens tidsforbrug, mens de store klinikker har investeret i at udvide klinikken og derfor ikke har overskud til at sætte 30 minutter af til forebyggelsessamtaler. Der er således en uoverensstemmelse mellem den tid, som sygeplejersken har brug til forebyggelsessamtaler med Sunddialog, og den formelle tid som klinikken vil betale for og stille til rådighed. Dette krydspres løses som sagt forskelligt i de enkelte klinikker. Det er dog tydeligt, at det særligt sætter sygeplejersker og deres patientbehandlinger med Sunddialog under pres, således at de enten oplever stress eller må prioritere patienter til kontrolkonsultationer over forebyggelseskonsultationer. Forebyggelse er ifølge lægen vigtig set i et folkesundhedsperspektiv, men svær at prioritere ressourcer til i en presset praksis.

### **Ressourcer til empowerment i klinikken**

Lægen ser en stor opgave i "at filtrere og bruge ressourcerne til det rigtige, ikke". Det er derfor vigtigt, at patienter ikke "klienteres", men ansvarliggøres: "Jeg tror, vi er nødt til – sådan som ressourcerne tildeles nu – så er vi nødt til at justere på, hvad der er en offentlig opgave, og hvad der er folks eget ansvar. Altså, folk er nødt til at gå i gang med at motivere selv, uden at der skal være nogen, der fortæller dem det altså. Vi skal også passe på, at vi ikke tager ansvar fra dem ... men det her tilbud (Sunddialog), det er jo noget, vi bruger til dem, der ikke er i stand til – som netop ikke lykkes med at gøre det selv, eller ikke er i stand til at få taget hul på bylden, og hvor de så kan få den mulighed, men samtidig ... får at vide, at det er jo så meningen, at det skal være startskuddet til resten af livet. At det ikke skal være – være en kur. Det skal være en livsstil, som de skal fortsætte med". Lægen angiver et vigtigt dilemma for ressourceforbrug og empowerment, at det på den ene side er folks eget ansvar, og på den anden side har lægen en opgave med at hjælpe dem, der ikke kan. Og at denne hjælp ikke er en midlertidig løsning som en "kur", men en permanent sundhedsbevarende løsning. Lægens argument for tilbuddet om Sunddialog er også som en ekstra hjælp for dem, der ikke selv kan.

Der er forskelle i lægens italesættelse af målgruppen for Sunddialog som "svage patienter", der er "rede i ånden, men skrøbelige i kødet", og sygeplejerskernes som de patienter, der trods nederlag fra gentagne forsøg på ændringer, fx gennem slankekur, stadig har håb og er rede til en indsats med den rette støtte. Fælles er antagelsen og forståelsen af, at sundhed ikke er en passiv tilstand, der kan gives fra den sundhedsprofessionelle til patienten, men et resultat af hårdt arbejde, hvortil "sygeplejersken låner patienten sin opmærksomhed for en tid".

### **Opmærksomheden rettet mod sundhed som hårdt arbejde**

Igen og igen fremhæves livsstilsændringer som hårdt arbejde, der både involverer tid, refleksion og en personlig indsats til at begynde at gøre ting, som man ellers ikke har rettet sin opmærksomhed på. I overensstemmelse med empowerment-tankegangen, hvor patienten selve definerer sit mål, siger en sygeplejerske: "Vi lægger også vægt på, når vi starter

dem, om at de ikke skal gøre det for vores skyld. De skal gøre det for deres egen skyld. Hvis de ikke har tænkt sig at arbejde seriøst med det, så er det ikke et tilbud, der egner sig til det, fordi det er den eneste måde, det kan virke på, det er ved, at de selv tager et ansvar". En anden sygeplejerske beskriver også, at hendes rolle ikke er at være "autoritær", og "patienterne, de vil gerne prøve det. Rigtig mange siger: 'Gud, kan man det, og er det gratis', og sådan noget. Det vil de da gerne prøve. Der er også nogle, der hopper fra igen, fordi at de så finder ud af, nå, men de skulle rent faktisk arbejde med dem selv. Altså, det er jo ikke ... man kommer jo ikke sovende til det. Det er jo ikke sådan, at jeg transmogrifer et eller andet ind i dem. De skal ligesom selv arbejde, og det er der selvfølgelig en del, der bakker ud på, når de så finder ud af, at 'jeg skal gøre noget', ik'?" En anden læge siger: "Jeg tror, at det, at det grundlæggende handler om, at det er patienten selv, der tager ansvar. At det er i hvert fald det helt unikke ved Sunddialog". Man kan slutte, at der med Sunddialog it-redskabet er skabt et særligt fokus og en sundhedsprofessionel bevidsthed om det 'opmærksomhedsarbejde', det kræver at øge patientens egenomsorg med henblik på, at denne kan gennemføre varige livsstilændringer.

### **Patientansvarets skrøbelighed**

En sygeplejerske fortæller, at patienternes "håb" om forbedringer i nogle tilfælde først kommer gennem sygeplejerskens tro på, at de kan. En læge taler om at være patientens "vikarielle håb" ved i det halve år med Sunddialog at holde dem i hånden på vejen, til "de tør stole på, at de kan selv". Andre beskriver relationelle dilemmaer, der kan opstå mellem patient og sygeplejerske i Sunddialog-forløbet, idet patienterne måske både erkender, at de ikke har nogle ressourcepersoner i egen familie eller netværk, der kan hjælpe dem, samtidig med at fortroligheden med sygeplejersken skaber en slags social erstatning. Reflekterer vi dette ansvar for den både "svage" og håbfulde" patient op imod et socialt behov for at både "opmærksomhed" og at blive "troet" på, så er dette patientansvar særligt skrøbeligt grundet dels strukturreformen, men også sygeplejerskernes ulige/ustabile rammer for at prioritere tid til disse særlige patienter. Samtidig er det også værd at huske, at Sunddialog kun tilbydes til 'toppen af isbjerget' set i forhold til problematikken om det metaboliske syndrom i befolkningen som sådan.

## **3.3 Opsamling på forebyggelsesværktøjet i almen praksis**

Sunddialog er her et forebyggelsestilbud blandt flere eksempelvis rygestopkurser og andet. Særligt er, at Sunddialog som det eneste værktøj både strukturerer og fastholder selve interaktionen med patienten, selve forløbet og samarbejdet mellem læge og sygeplejerske. Lægen har i Sunddialog et tilbud, der udvikler og motiverer praksissygeplejerskernes faglighed. Selvom lægen samlet kun henviser et begrænset antal af det samlede antal patienter med kroniske lidelser til Sunddialog, så anvender sygeplejersken tankegangen fra Sunddialog bredt på en række af patienter. Læringsmæssigt kan man sige, at sygeplejerskerne har internaliseret Sunddialog til, at de generelt foretrækker en inddragende og anerkendende samtaleform med patienterne. Deres afgørende vurdering og motivering herfor er oplevelsen af, "at det virker". Sygeplejersken oplever, at Sunddialog bidrager til hendes opgaver i forebyggelsessamtaler ved, at patienterne ret faktisk får mere styr på deres sundhedstilstand og øger deres evne til egenomsorg, herunder opnår en realistisk forståelse af sammenhængen mellem sundhedsmål og handlinger. Lægen får i Sunddialog beslutningsstøtte i forhold til den samlede vurdering af patientens sundhedstilstand. Optegnelserne i Sunddialog om patientens vægtforandringer og øvrige fysiologiske værdier gør det – som noget enestående – muligt at monitorere udviklingen i patientens almene sundhedstilstand over tid, altså omkring det halve år eller længere (ca. 7 konsultationer af 15-30 mi-

nutters varighed), som patienten går til Sunddialog-samtaler. Læge og sygeplejerske har derfor fået et redskab, som understøtter deres samarbejde om forebyggelse, bl.a. ved at optegnelserne i Sunddialog, fx kurverne, gør det muligt at se udviklingen i patientens fysiologiske værdier over tid, samtidig med at sygeplejerskens notat kan sætte evt. vægtændringer, blodtryksændringer og variationer i patientens sukkertal ind i sammenhængen om, hvorvidt patienten har udviklet mere kontrol med sin sygdom samt opnået viden og ændret vaner som basis for en mere hensigtsmæssig livsførelse.

Strukturændringerne har sat klinikkerne under pres for ressourceprioritering, således at sygeplejerskerne har vanskeligere vilkår for at gennemføre og fortsætte tilbud til særligt 'svage, men motiverede patienter' om forebyggelsessamtaler med Sunddialog. Samtidig er behovet for både at uddelegere ansvaret til patienterne og øge deres evner til egenomsorg ikke blevet mindre set fra lægens folkesundhedsperspektiv.

## 4 Evaluering: Brugeridentiteter, relationer og sammenhæng

Som nævnt i indledningen bygger indeværende evaluering videre på evalueringen fra 2010 og på førnævnte politiske og organisatoriske diskussioner. Formålet er primært at afklare processerne i et Sunddialog-forløb, herunder den konkrete interaktion mellem behandler, patient og program for at klargøre, hvilke elementer specifikt der ligger til grund for vellykkede adfærdsændringer: Hvordan understøtter Sunddialog det enkelte menneske i at lykkes med deres opstillede mål, og hvordan kan disse processer anskues i et empowerment-perspektiv?

### 4.1 Forebyggelseskontinuitet, ressourcer og hensigtsmæssig brug

Det er fremgået, at Sunddialog-programmet har en dobbelt rolle i at understøtte:

1. Patientbehandlingen i spændvidden mellem praksis og hjemmet
2. Samarbejdet mellem sygeplejersken og lægen i klinikken

Sygeplejersken er dog den primære bruger af værktøjet. Det understøtter hende både konkret i at gennemføre samtalerne med patienten i klinikken, strukturer forløbet og fastholder/'husker' aftalerne for sig selv og patienten. Patienten bliver her inddraget ved at sidde med ved skærmen, når aftaler, evaluering og målinger indtastes i systemet. Samtidig er det også klart, at it-redskabet ikke giver patienten den samme støtte til at dokumentere og evaluere sine livsstilsændringer i hjemmet, ej heller til at dele og reflektere over disse med andre borgere eller patientgrupper, som sygeplejersken har. Via et socialt forum på Sunddialogs webportal har forebyggelsesygeplejerskerne mulighed for faglig sparring med andre sundhedsprofessionelle brugere af Sunddialog. Centralt for sygeplejerskens forebyggelsesarbejde er også, at it-værktøjet understøtter samarbejdet med lægen. Systemet giver mulighed for at monitorere og evaluere forebyggelsesresultater, så lægen kan inddrage disse i den samlede behandling af patienten – et forehavende, det ellers har været vanskeligt at dokumentere og evaluere inden for forebyggelsestiltag. Hermed er der også ansatser til skabe en ny ramme i klinikken for at lave forebyggelsestiltag og forbedre kvaliteten af det samlede behandlingstilbud til patienter i behandling for kroniske lidelser.

### 4.2 Patient empowerment

Evalueringsrammen i afsnit 1.4 beskriver, hvorledes empowerment har en individuel og social dimension, samt hvordan det læres gennem it-medieret samarbejde på tre niveauer, her omskrevet til Sunddialog:

- At brugeren har de operationelle færdigheder til at anvende it-redskabet
- At brugeren har et formål med at anvende værktøjet
- At brugeren har et motiv for at deltage i aktiviteten

Kapitel 2 og 3 beskriver, hvorledes patienter, sygeplejersker og læger oplever deres brug og samarbejde med Sunddialog. De følgende afsnit evaluerer de tre brugergrupperes brug af it-værktøjet på baggrund af de tre interaktionsniveauer for læring og empowerment.

#### 4.2.1 Operationelle færdigheder i brugen af it-værktøjet Sunddialog

Patientbrugerne brugte ikke it-værktøjet i lige høj grad. Som udgangspunkt har de meget forskellige færdigheder fra Grethe og Jens med få erfaringer og ingen boglig uddannelse til Jens og Louise, der proaktivt forsøger at forme teknikken til deres egne behov. Enkelte anvendte således heller ikke it-redskabet, men overlod det til sygeplejersken eller et familiemedlem at oprette en personlig patientprofil i programmet. For alle patientbrugere var computeren dog en betingelse for, at de var startet i forløbet, ligesom den altid var en del af samtalerne hos forebyggelsessygeplejersken. Her var den et redskab til at fastholde, evaluere og udvikle aftaler mellem partnerne: en form for 'fælles tredje', som skabte fælles fokus og sammenhæng mellem de enkelte konsultationsgange.

Man kan også sige, at it-redskabet fungerede som en kommunikativ ramme for, at sygeplejerske og patient fik lavet en fremadrettet plan for, hvilke mål patienten skulle realisere og hvordan. Sygeplejerskerne oplevede generelt en faglig styrkelse af deres forebyggelsessamarbejde med både patient, læge og hinanden.

Patienternes brug af it-værktøjet i hjemmet varierede meget – fra patienter, der havde intentioner om at kigge i det hjemme, men ikke fik det gjort, da de alligevel godt huskede aftalerne med sygeplejersken; til andre brugere, der brugte det meget aktivt og egentlig ønskede flere funktionaliteter og muligheder for at tilføje målinger og monitorere deres resultater via trådløs dataopsamling (fx fra en vægt med bluetooth til grafiske fremstillinger). Nogle patienter brugte Sunddialog-tankegangen og it-redskabet suppleret med papir og Excel-regneark til mere radikalt at arbejde med sit liv, relationer til familien, længde af cykelture osv. Generelt udtrykte patienterne dog et ønske om at bruge redskabet mere, end de rent faktisk gjorde, samtidig med at det var klart, at redskabets funktionalitet mere var designet til sygeplejersken som primær bruger. Patienterne kunne oprette mål, men ikke indtaste målinger. Det var sygeplejerskens opgave og 'brugerrettighed' i systemets design. Til patienternes og sygeplejerskernes brugerroller i systemet hører der således ikke samme brugerrettigheder, og det er derfor primært klinikkens værktøj. Enkelte patienter lavede alternative former for dokumentation på papir, elektroniske regneark og via andre apps og redskaber, som de fandt og købte på internettet.

#### 4.2.2 Formålet med it-redskabet

Sygeplejersken udtrykte tilfredshed med, at programmet var blevet mere fleksibelt at bruge. Læringsmæssigt havde de internaliseret og automatiseret tankegangen i Sunddialog, således at det var naturligt for dem at tænke i begreberne og anvende dem på andre patienter, sig selv og familie. Patienterne overtog også i en vis udtrækning begreberne og udtrykte tillid til, at de havde styr på deres helbredssituation og livsstil, særligt begreberne om mål og ressourcer og i mindre grad kompasset til visualisering af den helhedstækning, der ligger i Sunddialog. Patientbrugerne bredte sig fra de meget reflektive brugere, som fandt støtte og inspiration i forstå sig selv og sine mål i en større sammenhæng til andre, der i mindre grad eller slet ikke forstod kompasset og fandt det forvirrende. Hvorvidt patienten fandt kompasset forvirrende eller inspirerede hang sammen med deres refleksionskompetencer. Det var tydeligt, at nogle af patienterne havde træning i selvrefleksive samtaler fra psykoterapi, mens andre ikke havde forventninger eller ikke udtrykte interesse i at



se deres sundhedsproblem, fx diabetes, i relation til vaner og familiehistorie. Patienterne var:

- Generelt meget positive omkring de resultater, de havde opnået med Sunddialog, særligt at væggtab var varige. Dette resultat er dog relativt til, om patienterne havde gennemført hele forløbet, og hvor lang tid siden forløbet var afsluttet. Af de 7, der havde gennemført forløbet mellem et og to år før patientinterviewet, gav alle udtryk for, at de havde opretholdt et væggtab, og at de var i kontrol med deres kost og motion.
- Mere forstående over for sammenhængen mellem kostindtag og motion, herunder også at kunne regulere disse i forhold til de sociale relationer, de indgik i, fx grillaften, højtider og lignende.
- Taknemmelige overfor kontakten til sygeplejersken. Samtalerne med sygeplejersken var afgørende for patienternes motivation.
- Stolte over at have fået mere kontrol med deres situation – også over for andre, fx lægen, ved at gå ned i medicinforbrug på baggrund af deres adfærdsændringer.
- Tilfredse med deres aktive rolle i Sunddialog. Enkelte ønskede mere indflydelse på it-redskabet til ikke kun at skabe sammenhæng mellem de enkelte konsultationsgange, men også at kunne se sammenhænge i egen dagligdag og eksperimentere med at skabe nye handlemønstre.
- Forstærkede i deres ønske og tro på, at de selv kan fremme deres sundhedstilstand, herunder også komme med idéer til at forbedre it-værktøjet.
- Innovative i forhold til at se udviklingsmuligheder for it-værktøjet til at understøtte monitorering, evaluering og skabelse af nye handlemønstre og sammenhæng i patientens hverdag.

Der er således et udviklingspotentiale i it-værktøjet til at inddrage og støtte patienten yderligere i sit arbejde med livstilsændringer. Udviklingspotentialet er på to planer: individuel empowerment ved at give patientbrugerne bedre mulighed for at reflektere og monitorere deres helbred med egne optegnelser/målinger/noter, herunder også at bygge feedbackmekanismer ind med tilskyndelser til at forfølge "mål" og ros ved "succes". Social empowerment kunne imødegås ved at åbne it-redskabet for kommunikation mellem patientbrugerne med henblik på informations- og erfaringsudveksling og gensidig støtte. Almen praksis og forebyggelsessygeplejerske kan her ses som et mere eller mindre direkte eller indirekte medierende led mellem patienternes videndeling.

#### 4.2.3 Motivet for aktiviteten med Sunddialog

Et fælles motiv for alle brugergrupperne i Sunddialog er forventningen om, at øget ansvar til patienten – skabt via inddragelse af patienten – er afgørende for behandlingsresultater, som også er forebyggende på længere sigt. Mens klinikken taler om varigheden af forandringerne i et livsperspektiv, taler sygeplejerskerne om patientens fremtid som en vej, der kan føre mange steder hen – også med faldgrupper og begivenheder/ulykker, der kan få patienten af sporet. Det centrale i livsperspektivet er, at patienten er blevet udrustet til at kunne finde tilbage igen: at tage besik af sin situation og vide, hvad der er de rigtige og forkerte handlinger. Der er således også en underliggende læringsforståelse, som også indirekte kommer til udtryk hos patienterne. Deres øgede kontrol med eget helbred betyder ikke, at de 'vundet over sygdomme', men at de er blevet klogere på dem selv, deres helbredssituation og deres handlemuligheder. Det varige og forebyggende behandlingsresultat

handler derfor ikke kun om vægttab og mindre medicin, men også om bedre egenomsorg, selvværd og – som forebyggelsessygeplejerskerne udtrykte det – om at øge livskvaliteten.

Patienten, der valgte at springe fra i forløbet, var heller ikke udtryk for en fiasko, men et bevidst valg. Patienten erkendte, hvad indsatsen krævende, og at hun ikke havde de tidslige ressourcer til at kunne gennemføre alvorlige ændringer i sin livsførelse. Eksistentielt set var hendes arbejde vigtigere end hendes helbred. Mens udsigten til insulinkrævende diabetesbehandling både skræmte og motiverede flere patienter til at gå i Sunddialog, fandt en anden patient den daglige rytme med insulinindsprøjtninger morgen og aften som en nærmest harmonisk del af sin livsførelse. Patienten var egentlig ikke motiveret til at ændre livsstil, inklusiv kost og motion, ej heller til at reflektere sine og familiens vaner i en større sammenhæng, men var tilfreds med dagligdagen, som tingene var. Evalueringen identificerer hermed også en essentiel præmis for virksamhed med Sunddialog, nemlig at klinikken har patienter med ønsker og ressourcer til at tage mere ansvar for deres sundhedstilstand.

## 5 Konklusion og anbefaling

Indledningsvis spurte vi: Hvilken dialog og interaktion lægger programmet op til i sit design, og hvorledes oplever brugergrupperne – de sundhedsprofessionelle og patienterne – redskabets betydning for deres samarbejde omkring livsstilændringer?

Besvarelse af disse spørgsmål gjorde det muligt at evaluere, hvilken læring Sunddialog selv lægger op til gennem sit design, Herunder også hvilke færdigheder deltagelsen forudsætter hos de forskellige brugergrupper: Hvad er det, de skal lære, hvad lærer de, og hvorledes hænger det sammen med de ressourcer, de ellers har til rådighed qua klinik og som patienter? Er der tale om empowerment med Sunddialog, altså et 'paradigme-skift', hvor de sundhedsprofessionelle bliver mere faciliterende (end egentlige sundhedsautoriteter) og frembringer mere aktive patienter? Hvis ja, hvilke rolle har værktøjet heri, og hvis ikke, kan det forbedres ifølge brugerne? De følgende afsnit sammenfatter svarene med henblik på at beskrive krav til brugerroller i sunddialog.

### 5.1 Hensigtsmæssige brugsmønstre og brugerroller i Sunddialog

På baggrund af de i det foregående kapitel beskrevne brugeroplevelser er det muligt at sammenfatte visse karakteristika for henholdsvis patientperspektivet, behandler- og klinikperspektiverne for Sunddialog.

#### 5.1.1 Den indskrevne ideale patient-bruger i Sunddialog

Patient-rollen i Sunddialog appellerer til de brugere, der:

- har tidligere erfaringer med kure uden (varig) succes
- har håb om forandring
- gerne vil undgå øget medicinforbrug (forværring af sin sundhedstilstand)
- er indstillet på selv at gøre en indsats
- har lidt it-erfaring, men det er ikke afgørende
- har et vist refleksivt læringspotentiale og -vilje
- ikke har vigtigere eksistentielle forhold, som tager tid og opmærksomhed
- forventer social støtte i en eller anden grad, som minimum fra Sunddialog-behandleren
- vil blive stolt og glad over evt. forbedringer

Med patientrolle refereres der til de forhold, som understøtter patienter i at få succes med Sunddialog. Den sociale støtte er væsentlig, idet flere af patientinformanterne gav udtryk for, at deres succes hang sammen med eksempelvis et familiemedlem, som støttede dem og tog del i at motionere og lægge madvaner om.

## Den Sociale støtte: En tilfældighed

Det fremgik også, at den sociale støtte til livsstilændringer og den hermed forbudne øgede egenomsorg var lagt an på sygeplejersken som den primære, positive kontakt, mens patientens eget netværk kun spillede en indirekte rolle, fx via kompasset og sygeplejerskens tilskyndelser til at udvikle patientens kontakter til en positiv gevinst for sine livstilsændringer. Socialitetens rolle og betydning for Sunddialog-forløbet får derfor snarere karakter af tilfældighed end en positiv, proaktiv strateg, hvor fælles handling med andre på sigt kan have afgørende betydning for patientens motivation og fastholdelse af handlemønstre til nye vaner. Denne tilfældighed kunne Sunddialog søge at imødegå ved evt. at udvikle på it-værktøjet til at understøtte dannelsen af nye sociale netværk. Til sammenligning har sygeplejerskebrugerne et socialt it-forum på Sunddialog, hvor de kan udveksle erfaringer om it-værktøjet med andre behandlere. Patientbrugerne kunne have en interesse i at indgå i interesse fællesskaber, evt. med andre patienter som støtte, vidensdeling og styrkelse af det sociale. Der er således rum eller mulighed for mere 'social empowerment' med Sunddialog, altså at it-redskabet udvikles i en retning, hvor det er muligt at lave fælles mål og historie sammen med andre til styrkelse af ens helbredssituation og fællesskab.

### 5.1.2 Den indskrevne behandler-bruger i Sunddialog

Ser vi på behandlerrollen i Sunddialog, så er denne it-redskabets primære brugergruppe. Det vil sige, at det eksisterende design bygger bedst op om forebyggelsessygeplejerskens faglighed og praksis, herunder hendes støtte og samarbejde med lægen.

Behandler-rollen i Sunddialog forudsætter, at brugeren:

- har patienter med lidelser, hvis forværring kan forebygges gennem øget egenomsorg
- tror på patientinddragelse som afgørende for at opnå livstilsændringer
- ved, at varige ændringer og etablering af nye patientvaner kræver fastholdelse over tid
- ved, at fysiologiske målinger er abstrakte tal om tilstande i patientens krop, der ikke let lader sig oversætte til konkrete valg og handlinger i hverdagen, som enten forværrer eller forbygger sygdom
- godt kan lide en konstruktiv sfære af kommunikation, der fremmer en positiv stemning med og hos patienten
- arbejder på at gøre en positiv forskel for patienten, dennes livskvalitet og tro på egen beslutningsevne og handlingskraft
- ser it som et relevant middel, så længe det fremmer patientoplevelsen og det gode samarbejde
- gerne vil dokumentere forebyggelsessamtaler som en kvalitetsforbedring i patientbehandling
- her igennem styrker det tværfaglige samarbejde mellem sygepleje og medicin i almen praksis

### 5.1.3 Den indskrevne bruger-rolle til klinikken

Lægen er sygeplejerskens arbejdsgiver, ligesom lægen er central for klinikens prioritering af ressourcer og tilbud til patienterne. Det giver et samlet billede af klinikens rolle i Sunddialog, at denne er en vigtig aktør eller medspiller for at:

- give et tilbud til patienter, der ikke kan efterleve lægens sundhedsanvisninger uden hjælp
- varetage et lægefagligt ansvar for folkesundheden
- forbedre behandlingen af det metaboliske syndrom
- uddelere ansvar for sygdomsforebyggelse til patienten
- optimere ressourceforbruget i samfundet og i klinikken
- uddelegere opgaver til sygeplejersken
- muliggøre/investere i faglig udvikling til personalet
- bidrage til beslutningsgrundlaget ved patienternes kontrolbesøg

## 5.2 Erkendelser og anbefaling

Vigtige erkendelser i forbindelse med evaluering af Sunddialog:

- De strukturelle forhold for at understøtte sygdomsforebyggelse med Sunddialog er uklare.
- Sunddialog it-værktøjets primære brugergruppe er forebyggelsessygeplejersker.
- Strukturforholdene sætter forebyggelsessygeplejersken i et særligt krydspres mellem gerne at ville anvende Sunddialog og at skulle finde ekstra tid til it-værktøjet i den daglige, kliniske praksis.
- Det er ikke givet, hvorledes sygeplejerskens centrale funktion og brugerrolle kan erstattes eller overflødiggøres med en anden coach-funktionalitet i it-programmet. Dette kan gøres mere patientrettet, men næppe erstatte dialogen med sygeplejersken, som patienten finder meget støtte i.
- Forebyggelsessamtalens forankring i almen praksis/lægeklinikken har en særlig betydning, idet forløbet, råd og vejledning gives en særligt autoritet (end eksempelvis en patientskole i kommunen eller et privat tilbud som et væggtabsprogram). Man indgår i en særlig kontrakt/forpligtelse/seriøst forløb, når man går til ens lægepraksis med et problem. Heri ligger der for patienten en mere seriøs erkendelse af, at man har et problem, hvor man har brug for seriøs hjælp til at komme nærmere en løsning. Dette autoritetsforhold har betydning for patientens motivation til at overholde aftaler og hermed få succes med Sunddialog. Empowerment-tiltaget hviler derfor i praksis ironisk nok på et asymmetrisk kommunikations- og magtforhold mellem behandler og patient, hvor patienten har brug for at give den sundhedsprofessionelle en særlig autoritet med henblik på selv at tage mere ansvar for sin sygdom.
- Fleksibilitet i programmet: brugerne spænder fra dem, der ikke kan finde ud af programmet – det er for kompliceret – og ikke bliver fanget af dets retorik, til dem, der ikke finder programmet avanceret nok. Hvis programmet skal udvikles fra at være sygeplejerskens redskab til patientens, vil det kræve opbygning med muligheder –

ikke krav – for mere interaktion, fx ved at udbygge det til at inkludere 'motiverende påmindelser', applikationer/SMS-beskeder/e-mails, løbende højere interaktion med sundhedsprofessionelle, mulighed for at patienten selv registrerer og figurerer data, fx grafiske fremstillinger af egne, fysiologiske data osv.

- Adfærdsændringer er et arbejde for patienter, der kræver ressourcer i form af tid, viden, refleksionsformåen, anerkendelse af opmærksomhed, sparing og netværk.
- Sunddialog gør en forskel og skaber værdi for både patient, klinik og potentielt folkesundheden.
- Klinikens Sunddialog-tilbud er særligt velegnede til patienter, der gerne vil have hjælp til adfærdsændringer.
- Forebyggelsestilbud med Sunddialog strukturerer lægens og sygeplejerskens samarbejde om den individuelle patient.
- Forebyggelsesygeplejerskens Sunddialog-notater giver lægen mere viden om sin patient, når denne er til kontrol/får reguleret sin medicin.

På baggrund af overstående erkendelser har Sunddialog forskellige udviklingsmuligheder og -behov. Det er ikke muligt at pege på en klar strategi andet end at anbefale Sunddialog og almen praksis til indgå i forskellige alliancer, eksempelvis forskningsprojekter, kommunernes 'nære sundhedsvæsen' og sundhedspolitiske indsatser i forhold til kroniker-problematikker i befolkningen med henblik på:

1. Tal på hvor stor en procentdel af patientgrupper i risiko for forebyggelige kroniske lidelser der med struktureret støtte i form af forebyggelsessamtaler med Sunddialog vil være motiveret til at tage øget ansvar for sit helbred.
2. Kortlagt øvrige muligheder og ressourcer for information, videndeling og social støtte blandt borgerne og det nære sundhedsvæsen, særligt med autoritetsrelationen in mente.
3. Inddraget borgergrupper eller patientforeninger i skabe data og lave analyser til mere systematisk og strukturel viden om oversættelsesprocesser og handlerum i borgerens hverdag: fra de fysiologiske målinger i klinikken til øget egenomsorg i hverdagen, også i et lærings- og empowerment-perspektiv.
4. Undersøge arbejdsmarkedsparters interesse i at tage øget ansvar for forebyggelse.

## 6 Perspektivering: Fremtidige brugsscenarier?

Der er flere udviklingsmuligheder for Sunddialog it-redskabet med henblik på at understøtte brugernes læring, ressourceforbrug og samarbejde. Særligt patientdelen kunne udvikles til både individuel og social empowerment, således at patienten både fik muligheder for selv at lave data, monitorere og evaluere disse som afsæt for nye handlemønstre i hverdagen og potentielle vaner. Særligt den sociale dimension af empowerment kan understøttes i en fortsat udvikling af it-redskabet hen imod nye former for fælleskaber. Folkesundheden udspiller sig i hverdagen, så spørgsmålet melder sig, om Sunddialog (grundet den ændrede honorarstruktur) sammen med det nære sundhedsvæsen, forskere, egen læge og klinikken som tovholder kan skabe nye rammer for inddragelse af borgerne i forebyggende adfærd.

### 6.1 Patientarbejde til egenomsorg

It-redskabet – og især dets visualiseringer – understøtter patienternes forståelse og refleksionsniveau, men kan udvikles hen mod en både mere individuel og mere social dimension af empowerment.

#### 6.1.1 Patientscenario for øget struktur og sammenhæng i hverdag

Sunddialog it-værtøjet bidrager til sammenhæng mellem forebyggelseskonsultationen i klinikken og patientens hverdag – primært ved at fastholde den aftale, som sygeplejerske og patienten har indgået med hinanden. Men ud over at fungere som en form for 'skriftlig kontrakt' mellem dem, hvor patienten skal indgå nogle aftalte mål med nogle aftalte handlinger, så understøtter it-værktøjet ikke patientens hverdag og forsøg på at etablere nye vaner og handlemønstre i særlig høj grad. Et kritikpunkt er, at det kun er sygeplejersken, der kan indberette målinger. Forklaringen er, at man hermed undgår, at patienten 'snyder' om sine tal. Omvendt betyder patienternes manglede skriverettighed også en umyndiggørelse fremfor ansvarliggørelse af patienten. It-designet er derfor i den sammenhæng mere i tråd med en compliance-tradition, hvor patienten skal gøre, hvad de sundhedsprofessionelle siger, end patient empowerment. Samtidig er der dog ingen tvivl om, at sygeplejerskens og klinikkens 'autoritet' som sundhedsprofessionel betyder meget for patienternes deltagelse og tillid til resultaterne. En udvidelse af skriverettigheder til patienten i Sunddialog skal derfor ikke ses som en erstatning for klinikkens rettigheder, men mere som en ligeværdighed i, at begge praksis har brug for at kunne indberette data til at monitorere deres egne processer. Særligt patienten kunne ud over de eksisterende visualiseringsredskaber til sammenhæng mellem de aftalte mål og de opnåede resultater ønske at udvide disse til monitorering af sine egne handlemønstre og resultater i hverdagen.

#### 6.1.2 Anbefalinger fra patient-brugerne

Nogle patienter udtrykte således behov for selv at kunne indberette og monitorere data, fx med bluetooth-teknologier fra andre apparater såsom elektroniske vægte. Støtteværktøjer kan også være til kostrådgivning og beregning af kalorieindtag og lignende. Selve processen med både at få mere viden om ernæring, købe hensigtsmæssigt ind og lave ny slags mad er ressourcekrævende for patienterne både intellektuelt, praktisk og i tidsforbrug. Sygeplejerskerne distribuerer allerede uformelt meget viden fra udlevering af diabeteskostbog, links på opskrifter på nettet eller fra ugeblade, tips fra andre patienter osv. It-

funktionaliteter til en mere systematisk og fleksibel repræsentation, fx via links i profillen til andre netværkssider, artikler, opskrifter og lignende kunne være en støtte for patientbrugerne. Eller det kunne være mere direkte til sociale fora, hvor brugerne selv kan vidensdele direkte med hinanden og i bred forstand.

### **“Ros skal komme fra programmet”**

Patienten Karsten udtrykker, at sociale fora ikke er motiverende i sig selv: “At sidde hjemme og styre det hele selv – det ... nul. Altså, jeg skal ud og have nogen, der skal motivere mig”. Jens uddyber, at hyppig opfølgning er væsentlig for at skabe motivation. “Det (it-programmets brugerflade) er lækkert lavet. Og det er et flot set-up. Men så mangler der lige den ting, der gør, om jeg har lyst til at gå ind i det dagligt eller en gang om ugen eller lignende, ik’. Det er ikke en motivationsfaktor i sig selv at gå ind i programmet herhjemme fra. For data ligger der jo, og jeg har set dem [hos sygeplejersken]. Så hvorfor kigge på dem en gang til? Der sker jo ikke nogen udvikling så at sige, med mindre jeg selv begynder at fylde i”. Jens adresserer et behov for hyppigere feedback i dagligdagen: “Jeg tror, vi dagligt skal motiveres og påmindes om ‘hvordan det går’. Og at vi hele tiden får feedback. Hele tiden får tilbagemeldinger om, hvordan det går”. Opfølgningen kan ske via hyppigere besøg hos sygeplejersken eller “en applikation man er ven med”. Idéer til dataopsamling, der kan bidrage til feedback, bl.a. via grafiske fremstillinger og flere udprint-muligheder til fx køleskabsdøren, er: skridttæller, rygning/antal cigaretter, BMI-beregninger, antal skridt/skridttæller, vægt, mulighed for at måle fedtprocent (manglende væggtab kan skyldes øget muskelmasse fra sport). Patienter efterspørger således data på flere målbare ting, der kan give dem feedback på daglig basis. Data må gerne deles med sygeplejersken; det afgørende er, at patienten selv kan udvide de sundhedsfaglige parametre i Sunddialog med egne målinger, som er væsentlige for at skabe motivation i hverdagen. Bagsiden er øget arbejde med at indtaste data. Derfor vil mulighed for trådløse former for dataopsamling, eksempelvis fra vægt med bluetooth, være en hjælp. En enkelt patient har indrettet sig sådan, at han for sig selv og konen over computeren opsamler data trådløst fra vægten, således at de kan se deres monitorerede bevægelser i deres væggtkurver. En central effekt af selvmonitoreringen på væsentlige mål i hverdagen er ikke kun muligheden for at vurdere forløb og sammenhæng mellem mål, handlinger og resultater, men også at lade programmet tilskynde til handlinger, fx ved påmindelser. Jens siger i tråd med Sunddialogs pædagogik: “Ros skal ikke kun komme fra sygeplejersken, men også fra programmet”. Han reflekterer videre om et udviklingspunkt for Sunddialog: “Det er ærgerligt, at der ikke ligger nogen daglige motivationsbeskeder, om det går godt, eller det går skidt undervejs, for det er oplagt at lægge det ind, fordi det er jo så nemt. Altså, det kunne være smart, hvis man havde det, ik?”. “Jeg tror, vi dagligt skal motiveres og påmindes om, hvordan det går. Og at vi hele tiden får feedback. Hele tiden får tilbagemelding på, hvordan det går”.

Patienternes brugerønsker til Sunddialog går derfor mod en fleksibel teknologi – gerne en mobil-applikation, der kan opsamle og dele data, sende advarsler, påmindelser og ros til patienten. En Sunddialog-app skulle i forlængelse af de med Sunddialog-sygeplejersken indgåede målsætninger understøtte patienten i at reflektere og motivere målene i henhold til handlingsplaner og ressourcer i hverdagen. Patienten/-brugeren skal således kunne vælge nogle indstillinger og feedbackmekanismer i it-redskabet, som hjælper dem til at strukturere og automatisere de handlinger og handlingsmønstre, de gerne vil gøre til vaner.



## 6.2 Sygeplejersken-patient samarbejde om livsstilsændringer

It-redskabet understøtter sygeplejersken og patientens samtale i klinikken og fastholder aftaler mellem de enkelte konsultationsgange. Redskabet bruges derfor i udstrakt grad til at gennemføre selve forebyggelsessamtalen, idet både pc'en fysisk er placeret foran dem begge, således at de begge samtidig kan læse deres forrige aftaler, kontrollere sygeplejerskens indtastning af nye undersøgelsesresultater, fx patientens vægt, og at skærbilledet giver et fælles evalueringsgrundlag for at se en sammenhæng mellem mål, handlinger og resultater. Dette er en særligt struktureret interaktions- og samtaleform, som adskiller sig fra sygeplejerskernes øvrige forebyggelsessamtaler. Patienterne taler grundlæggende meget positivt om deres samtaler med deres sygeplejerske. Sygeplejerskens sundhedsfaglige autoritet spiller en rolle både i form af, at patienterne udviser tillid og taknemmelig for den opmærksomhed og kontakt, sygeplejersken giver, men også fordi sygeplejersken garanterer en sundhedsmæssig kvalitet i patienternes livsstilsændringer. De havde alle i udstrakt grad negative erfaringer med forskellige kure og konsulenttilbud fra det private marked. De har således ikke kunne fastholde deres væggtab, og ændringer har været sundhedsskadelige, fx ved skulle opnå væggtab ved kun at spise æg samtidig med forhøjet kolesteroltal. Sygeplejersken og Sunddialogs forankring i almen praksis giver således tilbuddet en særlig kvalitet og troværdighed hos patienten. Ligeledes lægger Sunddialog op til en 'gulerodspædagogik' frem for 'pisk'. Ros og anderkendende inddragelse er således central i sygeplejerskernes kommunikation.

### 6.2.1 Respekt for sygdom som uforskyldt

Sygeplejerskerne finder selv motivation i at støtte patienterne til øget selvværd og tro på egne evner og handlemuligheder. Et særligt og ret gennemgående karakteristika for deres relation og det fælleskab, de beskriver med patienterne, er stolthed. Håb og tro på, at patienten selv kan skabe ændringer, er et andet karakteristika. Særligt er også den værdighed og forståelse, hvormed patienternes problemer omtales – modsat den ofte fordømmende offentlige diskurs om folk med overvægt, diabetes type-2 og KOL 'rygerlunger' som selvforskyldte sygdomme hos særligt svage personer. Her udviser sygeplejerskerne respekt for problemernes kompleksitet og den negative effekt af stigmatisering. Patientinterviewene bekræfter kompleksiteten af de sygehistorier, der lå bag: fra Freddys historie om fysisk nedslidning på arbejdsmarkedet, Mettes manglende selvomsorg på baggrund af en opvækst med misbrugsforældre, Simones salmonellaforgiftning og allergier som følgevirkning, pludselig svangerskabsforgiftning, familietraditioner for overvægt og diabetes (amputationer) hos flere af patienterne, dårlig sammenhæng mellem kost og motion med arbejde og rejseaktiviteter, ændringer i ældreautoriteten i generationskulturen samt i rygekulturen fra socialt inkluderede til ekskluderede.

## 6.3 Læger og sygeplejerskers forebyggelsessamarbejde

Patient empowerment blev indledningsvis også defineret som et paradigmeskift i patientbehandlingen væk fra lægens autoritet hen imod mere indflydelse til patienten. Med fokus på forebyggelse og øget inddragelse af patienten, fx via Sunddialog, lægger almen praksis op til et paradigmeskift. Alligevel er det tvivlsomt, om der er tale om et egentligt paradigmeskift og ikke snarere et sideskud – hvis ikke et vildskud – til det traditionelle behandlingssystem. De strukturelle rammer og politiske vinde for at honorere ændringer i patientsamarbejdet er nemlig vigende, og klinikkens primære opgaver centrerer sig igen om kontroller og medicinsk behandling. Det betyder dog ikke, at der ikke er kræfter, der taler for et pa-

radigmeskift til patient empowerment. Nye teknologier og digitalisering ses som kilde til forandringer, om end stadig i et biomedicinsk sprog (Topol 2012).

I forlængelse af lægeinterviewene kan man forstille sig forskellige fremtidige scenarier for at understøtte forebyggelse og paradigmeskift. Et væsentligt spørgsmål er, hvilken "socialitet" der skal trækkes på for at genere økonomisk vilje til at understøtte folkesundheden. Nærliggende er at efterlyse politisk opbakning og prioritering af strukturerede indsatser til forebyggelse i almen praksis. Andre muligheder er evt. at koble Sunddialog til andre sundhedspolitikker end forebyggelse såsom indsatser til design af pakkeforløb, multimorbiditet og sammenhængende patientforløb. Sundhed.dk kunne også være en platform, som i forlængelse af patientfora kunne tænke sig huse Sunddialog-forløb, evt. i tilknytning til forskningsprojekter og eller samarbejdet med patientforeninger. Afgørende er bevarelsen af en sundhedsprofessionel tovholder og samtaleperson – en 'coach', der har den fornødne autoritet til at rådgive sundhedsmæssigt ansvarligt, ligesom geografisk nærhed vil spille en rolle og bekræfte lægeklinikken som et oplagt valg. Andre vil være at udvikle koordinerede indsatser med kommunerne og det nære sundhedsvæsen, evt. indsatser imod/forebyggelse af social ulighed, herunder med brede muligheder for at kommune og almen praksis sammen kan udvikle og målrette tilbud til borgere med særlige risici og ønsker om at blive inddraget og givet mere kontrol med deres social og helbredsmæssige situation.

Strategiske Sunddialog-partnere kan være:

- Patientforeninger (hjertekarsygdomme, KOL, diabetes, evt. også andre)
- Sundhed.dk og sociale netværk
- Kommunal politik i forhold til det nære sundhedsvæsen og forebyggelse
- Forskningskonsortier, evt. som add-on til telemedicinske indsatser
- Aktører inden for arbejdsmarkedspolitik og -miljø.

## 6.4 Opsamling: Kaos og organisering: struktur gennem it-empowerment

Empowerment-tankegangen om øget kontrol og ansvar til patienten udfolder sig således også som brugerrettigheden til at indstille teknologien til individualiserede feedbackmekanismer og brugsmønstre. Denne tankegang er særlig relevant, når patienterne netop i et forebyggelsesperspektiv skal ændre på sin adfærd, således at vante handle-mønstre og livsstil i en eller anden grad er under ombrydning, og nye vaner skal etablere sig. Der er selvfølgelig individuelle forskelle på, hvor radikale ændringerne skal være eller allerede er, afhængig af diagnose, almene helbredstilstand og en lang række andre faktorer, der spiller ind på patientens muligheder og barrierer for at ændre sit liv. Patienterne varierede også ret bredt fra patienter, der havde sagt deres arbejde op eller skiftet stilling med henblik på at kunne gennemføre forandringerne, til patienter som forsøgte sig med mere moderate justeringer i hverdagen, dens opgaver og sociale relationer. I begge tilfælde betød strukturer en del for at skabe orden ud af kaos, som i Mettes eller Kurts tilfælde, hvor den vante dagligdag, inkl. insulinindsprøjtninger, var for god til at lave om. Psykologisk spændte patienterne også fra en længsel til at beskæftige sig mere med sig selv, sine følelser, sygdoms- og familiehistorie til en klarhed om, at stabile økonomiske rammer må prioriteres før en mere almen sundhedsmæssig trivsel. Disse forskelle er ikke en svaghed i forhold til en 'entydig effekt' af Sunddialog, men de er alle relevante resultater, hvor Sunddialog har hjulpet og har styrket de enkelte til at træffe de for dem relevante og realistiske sundhedsmæssige

beslutninger. Samtalerne med sygeplejersken har her været afgørende for at kunne oversætte abstrakte fysiologiske målinger til et muligt sundhedsfremmende handlerum i hverdagen.

Evalueringsmæssigt fremgår det derfor, at Sunddialog hjælper patienter til at oversætte klinikkens vurdering af deres helbred til sundhedsfremmende handlinger i hverdagen, at den understøttende samtale med sygeplejersken videns- og motivationsmæssigt er væsentligt for patienten, men at kontakten kan optimeres i forhold til at understøtte de konkrete handlinger i hverdagen. Understøttelse af konkrete handlinger på hverdagsniveau relaterer sig både til en individuel handlingsplan og socialt i forhold til at inddrage andre i at skabe et fællesskab om adfærdsændringer. It-programmet kunne således udvikles til individuelt at støtte tættere op om patientens behov for feedback og motivation i hverdagsforløbet, således at patienten får synliggjort og udviklet en bevidst erfaring med, hvilke handlinger der virker, hvad der skal til for at komme i gang, og hvilke handlemønstre der kunne blive til sundhedsfremmende vaner. Patientbrugeren skal med andre ord gives nogle forfattermuligheder og rettigheder i programmet, hvor de selv kan være med til at strukturere og fastholde hensigtsmæssige handlinger i hverdagen. Den sociale dimension af patient empowerment med it er relateret til muligheden for sociale fora, ekspertrådgivning fra fx en diætist og mere systematisk informationsudveksling.

En patient forestiller sig muligheden for at indgå i en studiekreds om kolesterol. Den udviklingsdel er eksplorativ og ikke eksplicit belyst i indeværende evaluerings dataindsamling. Udvikling af strategier for social empowerment med it peger i det hele taget frem mod Sunddialogs egne udviklingsmuligheder sammen med andre aktører i det danske samfund med interesse i stikord som empowerment, egenomsorg, livskvalitet, sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse.

# Litteratur

Aaløkke Ballegaard, S. & M. P. Folker. Velfærdsteknologi i ældreplejen. I: Primær sektor. Det nære sundhedsvæsen red. M. Raunkiær & M. Holen. København: Munksgaard, 2012, s. 193-215.

Andersson, A. & C. Lykke. Sunddialog. Aalborg: UCN, 2010.

Mabeck, C. E. Den motiverende samtale. København: Gyldendal Akademisk, 2005.

Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom: Patient, sundhedsvæsen og samfund. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.

The 1<sup>st</sup> European Conference on Patient Empowerment, København, 11.-12. april 2012.

Coulter, A. Engaging Patients in Healthcare. Maidenhead: Open University Press, 2011.

Coulter, A. The Future Patient. Co-producing Health. Juni 2012. Findes på:  
<http://www.ehma.org/files/1.%20Coulter-DAY3-11.00-ClosingPlenary-Vivace4.pdf>

Kjær, P. & A. Reff Pedersen. Ledelse gennem patienten: Nye styringsformer i sundhedsvæsenet. København: Handelshøjskolens Forlag, 2010.

Anderson, R. M. & M. M. Funnell. Patient Empowerment: myths and misconceptions. Patient Educ Couns 2010; 79(3):277-282.

Anderson, R. M. & M. M. Funnell. Patient Empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. Patient Educ Couns 2005; 57(2):153-157.

Cole, M. & E. Engeström. A cultural-historical approach. I: Distributed Cognitions, ed. G. Salomon. Cambridge: Cambridge University Press, 1993, s. 1-46.

Freire, P. Pedagogy of the Oppressed, (30th anniv. ed.). New York: Continuum, 2006.

Gibson C. H. A concept analysis of empowerment. J Advanc Nurs 1991; 16(3):354-361.

Hansen, A. R., K. Vogt-Nielsen & H. Hansen. Evaluering af pilotafprøvning af Sunddialogs samtaleværktøj. København: CASA, 2008.

Hansen, H., K. Vogt-Nielsen & A. R. Hansen. Sunddialog - evaluering af driftsafprøvning, København: CASA, 2010.

Holm, L. Sunddialog - nyt samtaleværktøj til almen praksis. Tilgået d. 1. 7. 2013 på:  
<http://www.regionh.dk/kronikerprogram/menu/Om+programmet/Nyheder/Sunddialog.htm>

Kuutti, K. Activity theory as a potential framework for human computer interaction. I: Context and Consciousness, ed. B. A. Nardi. Cambridge: MIT Press, 1995, s. 17-44.

Mandag Morgen. Velfærdens innovationskatalog. 15. marts 2010. Fås på:  
<http://mandagmorgen.com/files/201003/velfaerdkatalog2010.pdf>

Navne, L. E., S. Vinge & M. K. Thorsen. Patientrettet forebyggelse. Et oversigtsnotat over modeller og effekter af indsatser til patienter med KOL, type 2-diabetes og hjertekarsygdom i sygehusregi. København: DSI, 2012.

Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Rehabiliteringsforum Danmark. MarselisborgCentret, Århus 2004, fås på: [http://www.cancer.dk/NR/rdonlyres/3CFF999C-6048-4E3D-BB21-15CED87FD488/0/hvidbog\\_rehabilitering.pdf](http://www.cancer.dk/NR/rdonlyres/3CFF999C-6048-4E3D-BB21-15CED87FD488/0/hvidbog_rehabilitering.pdf)

Olesen, F. Den forstærkede patient: Om patientbegreber og empowerment. I: Viden, virkning og virke: Forslag til forståelser i sundhedspraksis red. U. Juul Jensen, M. Nissen & K. Thorgaard. København: Roskilde Universitetsforlag, 2010, s. 307-332.

Rødovrelægehus.dk. Tilgæet d. 10. 1. 2013 på: <http://rødovrelægehus.dk/din-service/sund-dialog>

Topol, E. The Creative Destruction of Medicine: How the Digital Revolution Will Create Better Health Care. New York: Basic Books, 2012.

Uden-Kraan, C. F., C. H. Drossaert, E. Taal, E. R. Seydel & M. A. van de Laar. Participation in online patient support groups endorses patients' empowerment. Patient Educ Couns 2009; 74(1):61-69.

Wallerstein, N. & E. Bernstein. Empowerment Education: Freire's Ideas Adapted to Health Education. Health Educ Behav 1988; 15(4):379-394.

Wentzer, H. & A. Bygholm. Narratives of Compliance and Empowerment in Online Patient Communities. Int J Med Inform, publ. online March 2013: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2013.01.008>

Wentzer, H. & A. Bygholm. Attending unintended transformations of health care infrastructure. Int J Integr Care 2007; Nov 14, 7:e41.



**Det Nationale Institut  
for Kommuner og Regioners  
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00