

Borgeres oplevelse af Randers Kommunes tilbud Tjek på Vægten

- En kvalitativ interviewundersøgelse med fokus på hverdagsliv

Kandidatspeciale – 4. semester



Gül Sakal

Afleveringsdato: 01.09.2016

Studienummer: 20115179

Antal anslag: 181 116

Vejledere:

Specialevejleder

Kirsten Beedholm, Institut for Folkesundhed – Sygepleje, Aarhus Universitet

Projektvejleder

Iben Holbæk Lundager, projektleder – Tjek dit Helbred, Randers Kommune

Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab, Aarhus Universitet

Resumé

Titel: Borgernes oplevelse af Randers Kommunes tilbud Tjek på vægten

- En kvalitativ interviewundersøgelse med fokus på hverdagsliv

Introduktion: Forekomsten af livsstilssygdomme er stigende i Danmark. I forlængelse heraf er der større fokus på indsatser overfor kroniske lidelser. Tjek på Vægten er et tilbud i Randers Kommune, som tilbydes borgere mellem 30-49 år efter en helbredsundersøgelse ved Tjek dit Helbred, hvor borgere i risiko for livsstilssygdomme identificeres. I forbindelse med deltagelse er udbytte et fokusområde, hvor borgernes oplevelse og erfaring med tilbuddene er underbelyst.

Formål: At undersøge hvordan borgere, der har deltaget i Tjek på Vægten, integrerer tilbuddet i deres hverdag, samt hvorledes tilbuddet bidrager til forbedrede sundhedskompetencer hos målgruppen. Formålet er at undersøge udbytte af forebyggende indsatser kvalitativt med fokus på borgerperspektivet.

Metoder: Der er udført 7 individuelle semistrukturerede interviews med borgere, der har deltaget i Tjek på Vægten mellem 2012-2014. Analyse af interviewtransskriptioner blev foretaget ved anvendelse af hverdagslivsteori af Birthe Bech-Jørgensen samt *health literacy* af Don Nutbeam. Yderligere blev der taget en induktiv tilgang til datamaterialet.

Resultater: Borgerne har udviklet forskellige taktikker til at håndtere hverdagens betingelser, hvor konkrete redskaber blev anvendt til at integrere forløbet. Sociale og kulturelle forhold havde en betydelig rolle herfor, hvor kulturelle normer i fællesskaberne kunne være svære at bryde igennem. I forlængelse af tyngden i interviewene gav *health literacy* ikke nok information om forløbets bidrag i forhold til sundhedskompetencer. Endvidere sås det, at succes opfattes som indtræden af væggtab for mange af borgerne.

Konklusion: Undersøgelsen har vist, at borgerne integrerer Tjek på Vægten forskelligt i hverdagen afhængig af deres betingelser og praktiske metoder er nemmere at integrere. Ud fra analysen vurderes det, at der ikke kan konkluderes på om forløbet har bidraget til forbedrede sundhedskompetencer hos målgruppen.

Søgeord

Oplevelse, erfaring, livsstil, borgerrettet udbytte, forebyggelse, helbredstjek, forebyggende indsatser, individorienteret, hverdagsliv, hverdagslivsteori, vaner, health literacy, livsstilssygdomme, sundhedsuddannelse/tilbud, kvalitativ metode

Abstract

Title: Citizens' Experience of 'Check the Weight' Offer by Randers Municipality
○ A Qualitative Interview Study Focusing on Everyday Life

Introduction: Lifestyle diseases are increasing in Denmark resulting in greater focus on interventions against chronic diseases. Among these interventions are preventive services offered to citizens in risk e.g. 'Check the Weight' which is offered to the citizens of Randers Municipality aged 30-49 years after a check-up in accordance to a 'Check your Health' offer. The check-up identifies people at risk of lifestyle diseases and in need of intervention but the benefits of these offers have not been investigated through the experience of the citizens themselves.

Purpose: To examine how citizens who participated in the 'Check the Weight' integrate the intervention in their daily lives. Additionally, it will be examined how the intervention contributes to *health literacy* among the target group. This is done to investigate citizen perspectives on the benefits of preventive interventions with a qualitative approach.

Methods: 7 individual semi-structured interviews are performed with citizens who participated in "Check the Weight" between 2012-2014. Analysis of the interview transcripts was made using everyday-life theory by Birthe Bech-Jørgensen and *health literacy* concept by Don Nutbeam. Furthermore, there was an inductive approach to the data material.

Results: Citizens have developed different tactics to deal with everyday conditions. Concrete tools were acquired and used throughout the integration of 'Check the Weight'. Social and cultural factors had a significant role in the integration of the intervention where cultural norms in the communities could be difficult to break through. Furthermore, it is estimated that *health literacy* did not give enough information about the contributions of the intervention. Finally, it was observed that success was perceived as the onset of weight loss for many citizens.

Conclusion: The study has shown that citizens have integrated 'Check the Weight' differently in their everyday lives depending on their individual conditions. It was observed that the practical techniques were easier to integrate. From the data, it is estimated that no conclusions can be made on whether or not the intervention has contributed to improving the *health literacy* among the target group.

Key words

Health literacy, everyday life theory, health checks, disease prevention, interventions, individual-oriented, lifestyle diseases, chronic diseases, health education

Indholdsfortegnelse

Resumé	2
Abstract	3
1 Baggrund	6
1.1 Forebyggelsesindsatser i kommunerne	6
1.2 Forebyggende helbredsundersøgelser eller ej?	7
1.3 Tjek dit Helbred	9
1.3.1 Helbredstjekket	9
1.4 Tjek på Vægten	10
1.5 Udbytte af forebyggende indsatser	12
1.6 Måder hvorpå livsstilsændring undersøges og begrebsliggøres	15
1.7 Teori	16
1.7.1 Hverdagslivsteori	17
1.7.2 Health literacy	18
2 Afgrænsning af fokus i specialet	19
3 Problemformulering	20
3.1 Begrebsafklaring	20
4 Metoder	21
4.1 Litteratursøgning	21
4.1.1 Indledende litteratursøgning	21
4.1.2 Systematisk litteratursøgning	21
4.1.3 Resultater af litteratursøgningen	23
4.2 Metode for interviewundersøgelsen	24
4.2.1 Teoretisk metode og design.....	24
4.2.3 Centrale begreber fra teorierne	26
4.3 Individuelle interviews som dataindsamlingsmetode	29
4.3.1 Rekruttering af deltagere	30
4.3.2 Interviewguide.....	32
4.3.3 Interviewsetting	33
4.3.4 Forskerrollen i interviewsituationen	34
4.3.5 Datahåndtering ved optagelse og transskription	35
4.3.6 Analysestrategier	36
4.4 Etik	36
5 Resultater af interviewundersøgelsen	37
5.1 Præsentation af borgerne i interviewene	37
5.2 Resultater af analysen	38
5.2.1 Selvfølgelighed/upåagtede aktiviteter	39
5.2.2 Sociale og kulturelle betingelser samt kontekst.....	41
5.2.3 Hverdagslivskræfter	48
5.2.4 Mere selvtilid	51
5.2.5 Health literacy	53
5.3 Sammenfatning af resultater fra analysen	56
6 Diskussion	57
6.1 Diskussion af resultater	57
6.1.1 Resultaternes overførbarehed	57
6.1.2 Ansvar for sundhed.....	59
6.2 Diskussion af metoder	60
6.2.1 Anvendelsen af hverdagslivsteorien på datamaterialet.....	60
6.2.2 Rekruttering af borgerne.....	64

6.2.3 Individuelle interviews som metode	65
6.2.4 Litteratursøgning og –udvælgelse	66
6.2.5 Forskerens rolle i interviewsituationen.....	68
6.3 Ethiske overvejelser.....	69
6.4 Opsamling på kvalitetskriterierne	70
7 Konklusion.....	71
8 Perspektivering.....	72
9 Litteraturliste	73
10 Bilagsoversigt.....	81
Bilag 1 – Oversigt over fordeling af forebyggelsesindsatser	82
Bilag 2 - Systematisk litteratursøgning	83
De 4 facetter i PICO-skemaet	83
Valgte databaser/informationskilder.....	83
Søgestrategi.....	84
Resultater af søgningen.....	88
Bilag 3 – Invitationsbrev.....	89
Bilag 4 - Interviewguide.....	90
Bilag 5 – Samtykkeerklæring	92

1 Baggrund

Livsstilssygdomme betragtes stadigt som et voksende problem i industrialiserede lande - heriblandt Danmark. Ifølge Sundhedsministeriet (SST) døjer danskerne med flere sygdomme betinget af dårlige vaner/usund livsstil (1,2). Det ses, at 33,4 % af den voksne befolkning har en eller flere langvarige sygdomme som type-2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme og kræft, der i høj grad er betinget af dårlig livsstil (3), hvorfor der ses potentiale for forebyggelse.

Der er et større politisk fokus på sund livsstil. De nationale mål for danskernes sundhed er blot et eksempel herpå, hvor flere af målene går på livsstilselementer som røgfrit miljø, mindre alkoholforbrug samt mere fysisk aktivitet i dagligdagen (4). Med Strukturreformen er ansvaret for forebyggelse samtidig flyttet over til kommunerne i 2007 (5). I forlængelse heraf er der større interesse på initiativer rettet mod forebyggelse af livsstilssygdomme. Kommunerne har bedre muligheder for at tilbyde borgernære tilbud, der har til formål at fremme sundheden og forebygge kroniske lidelser, så borgere i risici kan få støtte til fysisk aktivitet, rygestop og andre sundhedsfremmende og forbyggende emner. Dog er ressourcerne og evidensen på området ifølge rapporten fra Det Nationale Råd for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (KORA) knappe, hvorfor der gives udtryk for, at det er vigtigt at igangsætte systematiske indsatser (6). I forlængelse heraf kan der argumenteres for at deltagelse er et vigtigt element for at se sundhedseffekt hos målgruppen, hvorfor det er vigtigt at kommunerne bliver bedre til at behovsdække for at sikre større deltagelse.

1.1 Forebyggelsesindsatser i kommunerne

Som nævnt ligger ansvaret for forebyggelse hos kommunerne, som i forlængelse heraf tilbyder sine borgere sundhedstilbud, der har til formål at forebygge opståen eller forværring af sygdomme samt at rådgive pårørende til disse borgere (7). En gennemgang af eksisterende tilbud i landets kommuner på i alt 22 kategorier som alkohol, diabetes, kost og stress viser, at tilbuddene overvejende er henvendt borgere diagnosticeret med kroniske sygdomme som diabetes, KOL og hjertesygdomme eller til borgere med et misbrug (8)¹. Der er i størstedelen af tilbuddene tale om patientuddannelse eller tertiær forebyggelse frem for sekundær forebyggelse. Dog

¹ Oversigten over fordelingen af indsatser er at finde i Bilag 1

findes der også tilbud til borgere i risiko for udvikling af livsstilssygdomme i form af vægttabshold, kostcafeer, rygestopforløb, tilbud til overvægtige samt stresshåndteringshold, men disse er i mindretal sammenlignet med patientuddannelse til diagnosticerede grupper (8). Konkluderende ses det hermed, at forebyggelsesarbejdet i kommunerne overvejende er tertiær forebyggelse i form af patientuddannelse og rehabilitering for diagnosticerede borgere. Dette giver samtidig en idé om, at det kan være nemmere at indføre forløb/indsatser til identificerede/diagnosticerede grupper, hvorfor dette ligeledes peger på, at der i kommunerne kan være brug for bedre behovsdækning, så der kommer flere tilbud til målgrupper udover diagnosticerede patientgrupper.

1.2 Forebyggende helbredsundersøgelser eller ej?

Forebyggende helbredsundersøgelser er en mulighed for bedre at behovsdække, da de muliggør identificering af personer med behov for forebyggende indsatser. Dog er der stadig diskussion, om hvorvidt helbredsundersøgelser skal indføres i kommunerne, da studier på området viser forskellig effekt og når frem til forskellige konklusioner (9–18). I det følgende inkluderes studier, der beskæftiger sig med helbredsundersøgelser i forhold til specifikke sygdomme som type2-diabetes og hjerte-kar-sygdomme i kortlægningen af studier for og imod helbredsundersøgelser, fordi problematikkerne er parallelle.

Cochrane reviewet af Krogsbøll et al. ser på generelle helbredsundersøgelser i forhold til dødelighed og sygelighed i befolkningen (9). Reviewet konkluderer, at generelle helbredsundersøgelser ikke gavner den generelle voksne befolkning i Danmark, da der hverken ses en forbedring i sygeligheden eller dødeligheden. Dog argumenterer reviewet også for, at de analyserede studier har nogle andre grænseværdier for eksempelvis hjerte-kar sygdomme og andre måleredskaber, der kan føre til de oplyste resultater. Herudover argumenteres der for, at de helbredsundersøgelser som allerede udføres af praktiserende læger godt kan påvirke sammenhængen, da allerede identificerede tilfælde udhuler potentialet for systematisk undersøgelse (9). Grundet disse forhold henviser reviewet til Inter99-studiet, som er et studie, der ligeledes har til formål at undersøge effekt af livsstilsintervention, som forløber i perioden 1999-2006 og repræsenterer resultater sammenlignelige med forholdene i dag. Studiet ser på, om den lavere mortalitet blandt deltagerne i den randomiserede

livsstilsintervention skyldes effekterne af interventionen eller kan forklares ved selv-selektion i forhold til socioøkonomisk forhold og sundhed. Interventionsgruppen, som får helbredsundersøgelse efterfulgt af gruppe-forløb for personer i risiko for hjertekar-sygdom har en lavere dødelighed (af alle årsager) sammenlignet med kontrolgruppen. På trods af den lavere dødelighed finder studiet, at ikke-deltagere har højere dødelighed end kontrolgruppen i studiet, hvilket kan skyldes selektionsbias – at deltagerne generelt er bedrestillet og sundere end ikke-deltagerne (10,19). Dermed konkluderes det, at interventionen har effekt, men at denne ikke er signifikant på populationsniveau (10).

Modpolen for Cochrane-reviewet står inde for helbredsundersøgelser og finder omvendt effekt på forebyggelse af livsstilssygdomme (11–18). Resultaterne fra det internationale Addition-studie udført i Danmark, England og Holland viser, at det ved at screene for type2-diabetes efterfulgt af intensiv behandling kan være muligt at nedsætte risikoen for udvikling af diabetes og hjerte-kar-sygdom (12,14,20). Ligeledes viser analyser og evalueringer af Ebeltoft-projektet kørt i Ebeltoft-Kommune i perioden 1991-96, der ser på effekter og konsekvenser ved generelle helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis, at helbredsundersøgelser har positiv effekt på både deltagere og samfundet. Dette skyldes, at der samlet set er tale om en gevinst for både deltagere og for samfundet, da forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler giver vundne leveår uden signifikant højere sundhedsomkostninger og psykiske belastninger hos deltagerne (6,11,13,16,18).

Region Midtjylland har taget initiativ til at teste effekten af forebyggende helbredsundersøgelser på befolkningsniveau for derved at se, hvorvidt der med fordel kan investeres i helbredsundersøgelser i fremtiden. Regionens Sundhedsprofil 'Hvordan Har Du Det', som er en del af den landsdækkende undersøgelse af sundhed, sygdom og trivsel blandt den voksne danske befolkning baseret på en spørgeskemaundersøgelse muliggør blandt andet en sammenligning af sundhedsstatus på tværs af kommuner (21). Undersøgelsen har placeret Randers Kommune som nummer 15 blandt i alt 18 kommuner og derfor blev det konstateret, at kommunen med fordel kunne forbedre forhold og faktorer, der disponerer for livsstilssygdomme som hjerte-kar sygdomme, diabetes, slagtilfælde samt forhøjet blodtryk, hvorfor Randers Kommune er valgt som indsatskommunen for at starte projekt Tjek dit

Helbred op. Det er ligeledes hensigten, at Tjek dit Helbred bliver en storskala afprøvning af det føromtalt projekt i Ebeltoft (17).

1.3 Tjek dit Helbred

Projekt Tjek dit Helbred er en randomiseret, kontrolleret og prospektiv befolkningsundersøgelse af effekter og konsekvenser ved forebyggende helbredsundersøgelser (herefter nævnt helbredstjek) af befolkningen i Randers Kommune på Randers Sundhedscenter. Projektet indbefatter helbredstjek tilbudt til alle borgere i kommunen født årgang 1962-1987 – altså mellem 30-49 år i 2012. Tjek dit helbred vil i løbet af en periode på 5-år fra 2012-2017 invitere 26 216 borgere i Randers Kommune (22) svarende til 1/3 del af kommunens indbyggere med ca. 97 000 i alt. Grundet forsinkelser i opstartsfasen er projektet forlænget med et år og forventes slut i 2018. Tjek dit helbred er udviklet i samarbejde mellem Randers Kommune, de praktiserende læger i Randers, Region Midtjylland og Institut for Folkesundhed – Almen medicin, Aarhus Universitet (6) og er et stort projekt, der kører på tværs af sektorer.

Projektet består af to dele, der kører samtidigt. På den ene side er den praktiske forankring af projektet i kommunen og på den anden side forskningsdelen, hvor samarbejdspartneren Aarhus Universitet med en række delprojekter undersøger og måler effekten af projektet (22) og hermed evaluerer, om et tilbud om helbredstjek til de 30-49 årige kan forbedre sundheden og livskvaliteten for målgruppen og på længere sigt spare samfundet for behandlingsomkostninger relateret til livsstilssygdomme.

Den praktiske del indbefatter invitation til og udførelse af helbredstjek. Borgerne bliver indkaldt løbende i projektperioden, hvor invitationen bliver sendt med posten, hvori der forefindes en forhåndsbooket tid til helbredstjekket (6). Borgere, som takker ja til tilbuddet udfylder herefter et spørgeskema omhandlende deres generelle helbredstilstand samt alkohol-, motions- og rygevaner (6).

1.3.1 Helbredstjekket

Helbredstjekket udføres af sundhedsprofessionelle tilknyttet Tjek dit Helbred og varer cirka 45 minutter (6,23). I løbet af helbredstjekket bliver borgerens fysiske og mentale helbred gennemgået henholdsvis ved tests og samtale med borgeren. Da der er tale om et forskningsprojekt, er gennemførelsen af helbredstjekkerne meget systematisk, idet hver tester skal igennem en procedure for de fysiske mål og tests, hvor borgeren

får målt højde, vægt og taljemål, blodtryk, kolesterol og blodsukker ved blodprøve, udført lungefunktionstest samt en konditertest efterfulgt af en kort gennemgang af resultaterne (24).

Herefter udleveres en resultatfolder, hvori hver borger kategoriseres via TDH-systemets algoritmer, som er udarbejdet i samarbejde med de praktiserende læger, til enten grøn, gul eller rød borger ud fra forhåndsbestemte kriterier bestemt ved national og international tilgængelig evidens og retningslinjer (25,26). De grønne borgere er dem med resultater i normalområdet, som ikke skal foretage sig noget, mens de gule og røde borgere, som henholdsvis har et lavt kondital, høj taljeomkreds, et højt BMI, er rygere eller har en forhøjet kolesterol, dårlig lungefunktion, dårlig selvvurderet helbred samt i spørgeskemaet scoret et højt indtag af alkohol (25). Disse borgere introduceres til et af de fire opfølgende tilbud: Tjek på Vægten (senere Tjek på Livsstilen), Tjek på Trivslen, Tjek på Rygestoppet og Tjek på Alkoholvanerne i projektet. De gule borgere kan tilmelde sig holdet umiddelbart efter helbredstjekket, mens der kræves en lægehenviisning for de røde borgere (23).

Alle tilbud er gratis og ligesom deltagelsen i helbredstjekket er det ligeledes frivilligt at deltage (27). Indhold og længde er forskelligt i tilbuddene, der hver især har fokus på adfærdsændring hos målgruppen ved at give dem redskaber, som de selv kan bruge uafhængigt af professionel hjælp/støtte. I det følgende vil det opfølgende tilbud Tjek på Vægten beskrives yderligere, da denne er opgavens² hovedfokus.

1.4 Tjek på Vægten

Randers Kommunes tilbud Tjek på Vægten er et gruppeforløb over 12 måneder med mødetid ca. hver 14. dag de første tre måneder og derefter ca. en gang hver måned (27). Inklusionskriterierne for deltagelse er; gennemført helbredstjek ved Tjek dit Helbred, forhøjet BMI (≥ 28) eller taljemål over det anbefalede, som er 88 cm for kvinder og 94 cm for mænd (27). Holdene er blandet, hvor både mænd og kvinder deltager med plads til maks. 20 deltagere (23,27). Eksklusionskriterierne er psykiske sygdomme/problemer, der gør det vanskeligt for borgeren at deltage i et gruppeforløb samt stof/alkoholmisbrug (28).

Indholdet i forløbet er undervisning og øvelser samt motion ved de sundhedsprofessionelle tilknyttet Tjek dit Helbred. Fokus er på kost og motion samt

² I resten af opgaven vil opgave, speciale samt undersøgelse bruges i flæng

ændring af vaner, hvor formålet er at give den enkelte redskaber til at ændre på sine vaner for derved at opnå bedre sundhed, herunder vægttab, bedre kostmønstre og mere motion (23). Hver mødegang består af 2 timer med undervisning i en række temaer samt motion i den sidste time hver anden mødegang (23,24,29).

Indholdet og rammerne for undervisningen ændres/forbedres løbende efter både underviserne og deltagerne ønsker og behov. Overordnet er det dog de samme emner, der bliver gennemgået på tværs af holdene. Disse er eksempelvis motion og daglig fysisk aktivitet, sund mad, indkøb og varedeklareret, mindful eating og 'hjernen styrer vægten' (23,28).

For at måle på forbedring/fremgang hos deltagerne og for også at kunne evaluere på undervisningen udleveres spørgeskemaer før og efter forløbet. Disse omhandler deltagerne mad- og motionsvaner samt trivsel. Yderligere bliver der i den sidste undervisningsgang i forløbet lavet en afsluttende evaluering af undervisningen, underviserne, varigheden af hver mødegang samt en afsluttende vejning. Herudover omhandler opfølgningen 3 måneder efter afsluttet forløb deltagerne fastholdelse af nye vaner indenfor kost og motion (28,29).

Undervisningen i forløbet er inspireret af adfændsændringsteorier som "Stages of Change" og kognitiv adfændssterapi, hvor der er fokus på, hvordan tænkning påvirker og hænger sammen med følelser, handlinger og krop. Her fokuserer man på de udfordringer den enkelte står med og forsøger at ændre dennes tænkning og antagelser for at skabe varig følelses- og adfændsmæssig forandring (30). Forandringssirklen 'Stages of Change' er en dynamisk måde at arbejde med adfændsændring på. Modellen beskriver en persons motivation og vilje til at ændre adfænd ved at se på de forskellige faser den enkelte person befinder sig i (31). Individet har forskellige behov for information og nytte og de forskellige faser (31), som underviserne forsøger at være opmærksomme på.

Fra opstart i august 2012 til oktober 2014 har der i alt været 233 deltagere i Tjek på Vægten fordelt over 16 hold. Deltagerne er overvejende kvinder (ca. 80 %), og de fleste af de deltagende borgere er mellem 40-50 år ((32-34).

Igennem projektet har man som nævnt arbejdet med forbedring af indhold og omfang af Tjek på Vægten, og i forlængelse heraf blev navnet ændret til Tjek på Livsstilen i 2015. Dette fordi indholdet blandt andre ifølge undervisere blev for tal- og vægttabsfikseret i Tjek på Vægten. Med den nye titel og det ændrede formål forsøger

underviserne på holdet at flytte fokus fra vægttab til sund livsstil gennem sund mad og motion (23).

Udbytte måles i det ovenstående ved spørgeskemaer, vejning og mundtlig vurdering. I det følgende vil perspektivet bredes ud for at se på, hvordan udbytte af forebyggende indsatser måles og vurderes i andre sammenhænge for derved at få en ide om forskningen på området, der ligeledes kan bidrage til at bestemme fokusområde for nærværende speciale. Til dette er der foretaget en systematisk litteratursøgning med fokus på udbytte af forebyggende indsatser rettet mod ikke-diagnosticerede personer i risiko for udvikling af livsstilssygdomme.

1.5 Udbytte af forebyggende indsatser

For at få et indblik i, hvordan udbytte af forebyggende indsatser måles, blev der foretaget en systematisk litteratursøgning. Søgningen har medtaget en stor del af forebyggende indsatser, der går på den generelle befolkning eller ikke-diagnosticerede personer i risiko for udvikling af livsstilssygdomme. Fælles for studierne er, at de opererer med borgerrettet eller sekundær forebyggelse. En nærmere beskrivelse af litteratursøgningen er at finde i den tilkommende afsnit 4.1 samt Bilag 2, der omhandler udførelsen af søgningen.

Ud fra den systematiske litteratursøgning blev der i alt udvalgt 21 artikler. De fleste af de fremfundne studier har hovedsageligt opereret med kvantitative outcome mål, som vægt, blodsukker, fysisk aktivitet, kost, risiko for udvikling af livsstilssygdomme med flere, hvor udbytte overvejende måles umiddelbart efter den pågældende indsats (20,26,35–48). Studiet af Vermunt et al. har undersøgt effekten af en 2,5 årig livsstilsintervention sammenlignet med 'usual care' på risiko for udvikling af diabetes (40). Primære outcome mål i studiet var glukose niveauer, vægt, taljeomkreds, BMI og diabetes incidens. Herudover var sekundære mål fysisk aktivitet og kost i form af indtaget energi, fedt, mættet fedt samt kostfibre. Studiet konkluderede, at denne lavintensitetsindgreb havde en lille ekstra effekt i forhold til udvikling af diabetes sammenlignet med almen praksis/'usual care' (40).

Herudover er der studier, der medtager økonomiske cost-effectiveness beregninger på, hvorvidt det eksempelvis kan betale sig at indføre en forebyggelsesindsats (26,43–

45,49). Disse studier listes under økonomiske mål og har til formål at bidrage med et samfundsperspektiv, der kan bruges i en samfunds/økonomisk evaluering af udbytte. Eksempelvis bliver der i Fuller et al. kigget på interventionsomkostninger og omkostninger til lægebesøg blandt personer i vægtabsintervention hos privatudbyder sammenlignet med 'standard care' (40).

Ved den foretagende litteratursøgning er der ikke fundet tilstrækkelig studier, der fokuserer på kvalitativ udbytte ved forebyggende indsatser, som ser på udbytte ved at kigge udover målte ændringer af værdier som vægt, BMI og blodsukker med flere. De kvalitative studier, der er fremfundet ved søgningen, fokuserer på bløde data, som patientperspektiver og den enkeltes oplevelse og erfaring med indsatserne (50–52).

Herudover er der ud fra litteratursøgningen fundet et enkelt studie, der både anvender kvantitativ og kvalitativ metode til at opgøre udbytte. Artiklen af Silarova et al. måler effekt med kvantitative mål som fysisk aktivitet, kost, risiko for hjerte-kar-sygdomme, medicinforbrug og forbrug af sundhedsydelser hos målgruppen med ingen forhistorie af hjertekarsygdomme. Ligeledes bliver deltagernes erfaringer, holdninger og bekymringer undersøgt med kvalitative individuelle- og fokusgruppeinterviews (44).

Tabel 1 - Mål for udbytte af deltagelse i forebyggelsesindsatser

RESULTATER FRA LITTERATURSØGNINGEN	
<i>Mål for udbytte</i>	<i>Artikler</i>
<u>KVANTITATIVE MÅL</u>	
Højde, vægt og taljemål og/eller BMI	Appuhamy et al 2014, Fuller et al. 2013, Katula et al. 2011 & 2013, O'hara et al. 2012, Rehn et al. 2013, Rowan et al. 2013, Salinardi et al. 2013, Taggart et al. 2012, Valente et al. 2011, Vermunt et al. 2012,
Blodsukker og/eller blodtryk	Appuhamy et al 2014, Rehn et al. 2013, Salinardi et al. 2013, Valente et al. 2011
Fysisk aktivitet og/eller kost	Appuhamy et al 2014, Maindal et al. 2012, Maindal et al. 2014, Maindal et al. 2014, O'hara et al. 2012, Rehn et al. 2013, Rowan et al. 2013, Silarova et al. 2015, Taggart et al. 2012, Vermunt et al. 2012,
Alkohol og/eller rygning	Rehn et al. 2013, Taggart et al. 2012
Risiko for hjertekarsygdom, diabetes eller død	Appuhamy et al 2014, Maindal et al. 2014, Maindal et al. 2014, Rehn et al. 2013, Silarova et al. 2015, Willis et al. 2012,
Self-efficacy, livskvalitet	Fuller et al. 2013, Maindal et al. 2014, Maindal et al. 2014,

	Vermunt et al. 2012,
ØKONOMISKE MÅL	
Omkostninger/cost-effectiveness	Fuller et al. 2013, Maindal et al. 2014
Medicinforbrug og/eller forbrug af sundhedsydelser	Silarova et al. 2015
Feasability og/eller cost-effectiveness	Hesselink et al. 2013, Maindal et al. 2014
KVALITATIVE MÅL	
Patientudbytte/perspektiv	Goebbels et al. 2012, Ljung et al. 2012
Erfaringer med forebyggende tilbud	Chang et. al 2012, Shaw et al. 2015
Erfaringer, holdninger og bekymringer	Silarova et al. 2015

Tabelltekst: oversigt over studier fremkommet ved litteratursøgningen, der måler på og arbejder med udbytte af forebyggelsesindsatser for borgere i risiko for udvikling af livsstilssygdomme. Udbytte er inddelt i kategorierne kvantitativ, økonomisk, kvalitativ samt en blanding, hvor kvantitativ og kvalitativ metode er anvendt sammen for at supplere hinanden.

Som beskrevet har det ud fra den pågældende litteratursøgning ikke været muligt at identificere mange kvalitative studier, idet udbytte i det undersøgte felt ser ud til hovedsageligt at blive målt kvantitativt. De fundne kvalitative studier har fokuseret på den enkeltes oplevelse og erfaring med samt holdninger til indsatserne (44,50–53).

Goebbels et al. identificerer eksempelvis 12 ikke helbredsrelaterede forhold/udbytte, der identificeres som betydningsfulde i en livsstilsændring hos de deltagende i en livsstilsintervention i personer i risiko for udvikling af diabetes i Holland sammenlignet med EQ5D, som er et måleinstrument for QALY (51). Nogle af disse temaer er kategoriseret som; opmærksomhed, motivation, følelse af kontrol samt tilfredshed. Studiet konkluderer, at det er nødvendigt med mere indsigt i de ikke-sundhedsrelaterede udbytte af livsstilsinterventioner, hvordan de afsmittende effekter er samt hvordan deltagerne og samfundet værdiger disse (51). Ligeledes kommer studiet af Ljung et al. ind på deltagernes øgede opmærksomhed på sundhed og følelse af kontrol, hvor der her suppleres med de deltagende borgeres ansvar for egen sundhed (50).

Det vurderes, at borgernes perspektiv på indsatserne er vigtig, idet ændringerne bliver erfaret og oplevet af borgerne selv. Ydermere vurderes det, at de fundne kvalitative studier ikke fokuserer på den enkeltes integrering af tilbuddene i hverdagen, selvom udbytte opleves og erfares i den enkeltes hverdag.

Ud fra litteratursøgningen konkluderes derfor, at de fundne studier i begrænset omfang undersøger deltagernes perspektiv, oplevelser og erfaringer, hvilket er vigtigt at medtage for at se, om indsatserne rammer målgruppen, som de i sidste ende skal virke på. Dette er relevant for at sikre, at de målte objektive værdier ikke kun er et resultat umiddelbart efter indsatsen, men at der er tale om en vedvarende forandring i form af sunde vaner i den enkelte borgers hverdag.

1.6 Måder hvorpå livsstilsændring undersøges og begrebsliggøres

Som nævnt er målet i forebyggende indsatser adfærdsændring af målgruppen, benævnt livsstilsændring i sundhedsområdet. Imidlertid forsøger andre at belyse de problemstillinger, der er forbundet med dette og begrebsliggør livsstilsændringer ud fra forskellige perspektiver og teoretiske tilgange.

I dette spillerum er der ligeledes en diskussion, der går på ansvar for sundhed. I litteraturen opstår en distinktion mellem på den ene side at se livsstil som den enkeltes valg og dermed ansvar og på den anden side som et af samfundet betinget forhold (54,55). Selvom begrebet livsstil finder indpas allesteds, er det ifølge Peter Korp sjældent defineret (54). I sundhedsfremmefeltet bliver det dog brugt som en individuel adfærd og den ”levevis” individer vælger at påtage sig (54). Korp inddrager derfor Bourdieus koncept om *habitus* til at analysere de strukturelle aspekter af livsstil (54). Dette begreb samler individets livsvalg og livschancer (strukturelle begrænsninger eller påvirkninger) af dennes handlinger. Med afsæt i teorien ses individers valg begrænset og påvirket af deres ressourcer og sociale identitet, fordi den sociale position påvirker den enkeltes måde at tænke og handle på (54). Hermed bliver livsstil set som at repræsentere ressourcerne forbundet med den enkeltes sociale position samt den magt denne position giver i samfundets magtkamp. Med Bourdieus koncept afspejler livsstil ikke blot de sociale forskelle i måden at leve på i samfundet, men er selv med til at reproducere dem (54,56). De forskellige livsstile ses som et resultat af forskellige sociale positioner i samfundet og dermed er sund livsstil betinget af de sociale omstændigheder, den enkelte lever under. Med citatet af Jukka Gronow: ”livsstil ’spilles’ for andre foran andre og er dermed altid dannet i forbindelse med andre” (54,57) bliver livsstil yderligere forbundet til de sociale strukturer og fællesskaber, den enkelte lever under. I forlængelse heraf bliver en sund livsstil en handling af at spille et bestemt spil med særlige regler, hvor

sundhed ligeledes bliver et ideal for alle grupper i samfundet uafhængigt af deres kapacitet til at opnå den (54).

Livsstilsændringer er yderligere begrebsliggjort ved Ane Moltke med begrebet *vaner*, hvor hun sammensætter forskellige begreber fra på den ene side Agnes Heller, Henri Lefebvre og Thomas Leithäuser og på den anden side af blandt andet Alfred Schutz' hverdagslivsteori (58). Ifølge Moltke dannes vaner i samspil med andre mennesker og kan derfor ikke forstås som et udtryk for individuelle menneskers valg og beslutninger (58). Vaner vil afspejles og skabes i relation til det sociale, historiske og kulturelle i menneskers liv og forandring af vanerne vil ligeledes berøre sociale relationer, gældende normer og strukturelle forhold. På denne måde kan ændring af vaner involvere kollektive refleksioner og handlinger (58).

Som nævnt består udbytte af forebyggende indsatser ikke blot af objektive her og nu mål som eksempelvis væggtab, men handler ligeledes om livsstilsændring i form af sundere valg i hverdagen. Da denne livsstilsændring opleves og erfares af den enkelte i dennes hverdag underlagt forskellige betingelser, begrebsliggøres livsstil i nærværende opgave ved den socialfænomenologiske hverdagslivsteori af Birthe Bech-Jørgensen, som er oprindelig formuleret af Alfred Schutz. Med denne teori er det muligt at studere verden ud fra den enkeltes erfaringer, hvorfor det vælges til at belyse, hvordan borgerne integrerer Tjek på Vægten i hverdagen. Herudover inddrages *health literacy* begrebet af Don Nutbeam til at belyse, hvorvidt forløbet bidrager til sundhedskompetence hos målgruppen. Mens *health literacy* omhandler den enkeltes kompetencer til at håndtere og omsætte viden om sundhed til at opnå bedre sundhed, handler hverdagslivsteorien om menneskers muligheder for at handle og ændre deres hverdag i retning af bedre sundhed.

1.7 Teori

I det følgende bliver hverdagslivsteorien og *health literacy* begrebet, som bliver den teoretiske referenceramme for opgaven, præsenteret, hvor der ligeledes argumenteres yderligere for valget herfor. Begreberne fra teorierne vil uddybes under det tilkommende metodeafsnit 4.2.3, hvor der ligeledes argumenteres for anvendelsen herfor.

1.7.1 Hverdagslivsteori

Hverdagslivet er blevet undersøgt og analyseret indenfor socialfænomenologien. Sociologen Alfred Schutz er den første, der har formuleret hverdagslivssociologien og anses derfor som grundlæggeren af teorien (59). Siden Schutz er hverdagslivssociologien blevet videreudviklet af andre teoretikere som Berger & Luckmann samt Garfinkels (59–61).

Ifølge Schutz tages hverdagslivet for givet, som der hverken stilles spørgsmålstejn ved eller ønskes ændret (58,62). Vores orientering i hverdagen er ikke en tilfældighed, men en ”common-sense/naturlig indstilling”, der bidrager til at mindske kompleksiteten i hverdagen (58,59). Når oplevelser af hverdagen ikke fungerer efter hensigten i situationer som eksempelvis sygdom tales om tilstanden ’chok’, hvor den naturlige indstilling ikke slår til og i stedet kobles den bevidste refleksion til (58). Ifølge Schutz er hverdagslivets verden ikke en individuel verden, men kommer fra et kulturelt og socialt frembragt lager af viden og praksis (58,62).

Birthe Bech-Jørgensen er ligeledes en teoretiker, der har videreudviklet Schutz’ hverdagssociologi. Bech-Jørgensen er kultursociolog og ved at trække på Schutz grundbegreber har hun i ”Når hver dag bliver til hverdag” beskrevet og analyseret arbejdsløse kvinders hverdagsliv (59). Ifølge Bech-Jørgensen kan hverdagen, som hun definerer som ”*det liv, vi lever, opretholder og fornyer, genskaber og omskaber hver dag*” ikke defineres med sociologiske begreber (59). Det, der kan defineres, er hverdagslivets betingelser og de måder, som de betingelser bliver håndteret på (59). Hermed bliver der i teorien taget en differentiering mellem hverdagens betingelser og måden at håndtere disse betingelser på. I stedet for den naturlige indstilling opererer Bech-Jørgensen med selvfølgelighed, som hun ser som hverdagens grundbetingelse (59).

Derudover er hverdagslivet styret af sociale forhold, hvilket både får betydning i hverdagslivets betingelser i form af, at de skabes i sociale forhold og håndtering af betingelserne, fordi de altid finder sted i en social og/eller en kulturel kontekst (59). Endelig tales der trods vaner og rutiners centrale betydning i hverdagen om menneskets iboende handlekraft for forandring (59). Således peger hverdagslivsteorien på at integrering af en vaneændring i hverdagen må afspejles i det enkelte individs selvfølgeligheder, som består af vaner og rutiner, som kommer til udtryk i den symbolske orden, som selvfølgelighederne findes i. For at forstå

integreringen af de nye vaner i hverdagen peger teorien derfor på, at individets betingelser, sociale relationer og kilder til forandring i form af hverdagslivskræfter får en betydning. Derfor bidrager teorien med at se, hvordan betingelserne den enkelte borger lever under håndteres af denne i en social og kulturel kontekst.

1.7.2 Health literacy

Taget tilbuddets formål om at give den enkelte redskaber til at ændre på sine vaner og dermed opnå bedre sundhed i betragtning, inddrages begrebet *health literacy*. Dette valg bygger på, at tilbuddet skal forhøje deltagernes vidensniveau om kost-og motionsvaner, som skal udmunde i en adfærdsændring i målgruppen. Det formodes også, at Tjek på Vægten vil gøre borgerne bedre i stand til at håndtere sundhedsinformation. *Health literacy* påvirker desuden den enkeltes beslutninger og handlinger for at ændre livsstil, hvilket gør begrebet relevant i forebyggelsesområdet (36,63). I begrebet indgår viden som en grundlæggende kompetence, og herudover indeholder det også kognitive og sociale færdigheder. *Health literacy* er defineret ved Nutbeam som:

”Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand, and use information in ways which promote and maintain good health (64).

Health literacy forstås som en grundkompetence til at opnå empowerment³ (64), men som definitionen også antyder, kan begrebet ligeledes ses som et mål til lettere adgang til, forståelse og brug af sundhedsinformationer. Begrebet bliver ikke set som en selvstændig faktor for adfærdsændring, da denne kan påvirkes af andre forhold som eksempelvis socioøkonomiske faktorer. *Health literacy* består af tre niveauer; *funktionel-, interaktiv/kommunikativ og kritisk health literacy* (64), hvor individet går fra at blive set som passiv til proaktiv i forståelse og anvendelse af sundhedsinformation.

³ Empowerment: indebærer at individet overtager kontrol og beherskelse over sit liv (31)

2 Afgrænsning af fokus i specialet

I specialet tages der afsæt i det opfølgende tilbud Tjek på Vægten (nuværende Tjek på Livsstilen) ved Randers Kommune, som er målrettet borgere, der har deltaget til helbredstjek i forbindelse med projektet Tjek dit Helbred og er vurderet som værende i risiko for udvikling af livsstilssygdomme i fremtiden. Et af de forhold, der vækker opmærksomhed er, hvorvidt forebyggende tilbud interagerer med borgernes hverdag samt bidrager til bedre sundhedskompetencer.

Da tilbuddet Tjek på Vægten er et eksempel på en sekundær forebyggelsesstrategi, hvor der tages udgangspunkt i borgere i risiko for udvikling af livsstilssygdomme er fokus i specialet ikke på specifikke diagnosegrupper, men på den brede gruppe af borgere i risiko for udvikling af livsstilssygdomme. Tjek på Vægten tilbydes alle borgere i alderen 30-49 år og danner hermed også målgruppen for nærværende speciale. Aldersintervallet for målgruppen er i særdeleshed vigtig, da der her er tale om en målgruppe, der kan nås at forebygge sygdomme ved, som samtidig selv kan gøre en forskel for de næste generationer (65).

Formålet med forebyggende indsatser er ofte at ændre borgerens adfærd eller livsstil i henhold til prædefineret biomedicinsk forståelse af sundhed og sygdom. Det er uvist om dette formål ligeledes er gældende for de borgere, der deltager i indsatserne, hvilket understreger relevansen af at undersøge borgernes oplevelser og erfaringer af forebyggende indsatser nærmere. Formålet med nærværende speciale er derfor at undersøge sammenhængen mellem tilbuddet Tjek på Vægten og de deltagende borgers hverdag. Dette fordi hverdagen udgør den kontekst, som tilbuddet kommer i og adfændsændringen dermed også udspiller sig i. Hverdagsliv forstås og analyseres i specialet i henhold til Birthe Bech-Jørgensens socialfænomenologiske hverdagsteori. Dette betyder, at de væsentligste elementer, som beskriver hverdagen, er vaner, rutiner og den symbolske orden, som de afspejler sig i. Herudover undersøges den viden og de konkrete redskaber, som Tjek på Vægten har givet dem og dermed bidraget til bedre sundhedskompetencer hos målgruppen. Dette forsøges belyst ved brug af *health literacy* begrebet af Don Nutbeam.

3 Problemformulering

Spørgsmålet som forsøges besvaret med specialeopgaven er

Hvordan integrerer tidligere deltagere i det opfølgende tilbud Tjek på Vægten tilbuddet/forløbet i deres hverdag? Og bidrager forløbet til bedre sundhedskompetencer hos målgruppen?

Herunder vil deltagernes oplevelser og erfaringer med vaneændring/livsstilsændring ved at deltage i forløbet og dets samspil med hverdagen undersøges med inddragelse af hverdagslivsteorien af Birthe Bech-Jørgensen samt *health literacy* begrebet af Don Nutbeam.

3.1 Begrebsafklaring

Hverdagsliv: det er Birthe Bech-Jørgensens beskrivelse af hverdagslivet, som er: ”*det liv, vi lever, opretholder og fornyer, genskaber og omskaber hver dag*” der anvendes i nærværende opgave (59,66).

Health literacy: det er den sundhedsfremmeorienterede definition af *health literacy*, der anvendes i opgaven. Denne definition er i højere grad orienteret mod mobilisering af individers/gruppers ressourcer til selv at tage vare på egen og andres sundhed (67).

4 Metoder

Formålet med dette afsnit er at ekspliciterede de metodiske valg, der er taget gennem opgaven. Derfor vil der i det følgende forekomme en redegørelse for valg af design og metoder, der anvendes til at indsamle empiri, herunder interviewundersøgelsen og litteratursøgningen.

4.1 Litteratursøgning

I denne del af opgaven vil den systematiske tilgang i litteratursøgningen blive udformet. Den systematiske søgning har medført, at anvendt litteratur er fremfundet ved en ekspliciteret søgestrategi og udvalgt herefter ud fra evidensstypologien og nogle forhåndsbestemte in-og eksklusionskriterier. Da en mere udførende beskrivelse af litteratursøgningens forskellige elementer er at finde i Bilag 2 ”Systematisk litteratursøgning” vil kun hovedelementerne blive gennemgået i det følgende, hvor vigtige valg/fravalg samt søgningens rolle i opgaven beskrives.

4.1.1 Indledende litteratursøgning

En indledende litteratursøgning er foretaget med henblik på at fremfinde litteratur, der har kunnet skabe et fundament for specialets problemområde, således at feltet er blevet gennemført og et relevant område udvalgt som problemfelt i nærværende opgave. Med denne søgning er der opnået viden på området, som har sikret fokus samt kendskab til eksisterende relevant litteratur i form af rapporter og undersøgelser omhandlende forebyggende indsatser. Denne indledende litteratursøgning er foretaget i databaser som; Cochrane, google.dk, PubMed, Scopus, si-folkesundhed.dk og sst.dk for at finde både videnskabelige og andet relevant litteratur. Den indledende litteratursøgning har samtidig formet den videre systematiske søgning, idet relevante søgeord/termer er blevet identificeret herved.

4.1.2 Systematisk litteratursøgning

I dette speciale er der lavet en systematisk litteratursøgning med henblik på at identificere, hvordan andre videnskabelige artikler har målt udbytte af forebyggende indsatser, herunder hvor fokus ligger i de metodologiske valg, der blev foretaget i studierne.

Søgningen har resulteret i studier omhandlende forebyggende indsatser, der går på den generelle befolkning eller ikke-diagnosticerede personer i risiko for udvikling af

livsstilssygdomme. Denne søgning har vist, at der ikke er mange kvalitative tilgange til at belyse udbytte af forebyggende indsatser med borgerperspektiv, hvorfor søgningen har bidraget til at vælge fokusområde for nærværende speciale, idet behovet for at undersøge dette aspekt fremstår klart. Hermed sagt at det primære mål med den brede søgning har været at identificere et fokusområde for denne opgaves egen empiridannelse.

4.1.2.1 Søgestrategien

I dette afsnit gives der en generel opridsning af søgestrategien, hvorfor der henvises til Bilag 2 for nærmere uddybning og udspecificering af den foretagne systematiske litteratursøgning.

Den systematiske søgning er foretaget i databaserne PubMed, Cochrane, Embase, Scopus, Cinahl og Sociological Abstracts. Ligeledes er den struktureret som en bloksøgning, der systematiserer og giver overblik over søgningen ved at danne centrale facetter ud fra formålet med litteratursøgningen. Denne bloksøgning blev lavet ud fra det såkaldte PICO-skema (68). I forlængelse heraf er facetterne i søgningen blevet som følger: kronisk sygdom, sundhedsuddannelse/forebyggende indsatser og udbytte. Disse ord er herefter oversat til engelsk, fordi samtlige databaser er engelsksprogede. Herudover er de indekserede søgetermer i hver database anvendt med henblik på at udvælge søgetermer, der er højt placeret i databasernes emnetræer. Således har relevante underbegreber og termer kunnet blive inkluderet i søgningen. De forskellige emneord og facetter er blevet kombineret med boolske operatører ”AND” og ”OR”, hvor de henholdsvis er blevet brugt til at kombinere søgefacetterne og til at brede den enkelte søgefacet ud. Herudover er der anvendt en række limits i databaser hvor dette har været muligt for at målrette og begrænse antal hits. Et eksempel på de anvendte emneord og facetter fremgår forneden i Tabel 2, og der henvises yderligere til Bilag 2 for en uddybning af PICO-skemaet samt en nærmere beskrivelse af søgningens opbygning.

Tabel 2 - Eksempel på emneord i de forskellige søgefacetter

(P) patient/problem		(I) Intervention		(O) Outcome
PUBMED				
"Chronic Disease"[Majr] OR "Cardiovascular Diseases"[Majr] OR "Prediabetic State"[Majr] OR "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive"[Majr]	AND	"Health Education"[Majr] OR "Health Promotion"[Majr]	AND	"Outcome Assessment (Health Care)"[Majr] OR Fritekst experience [All Fields] OR experiences [All Fields]
<i>Limits: Publication Date from 2011/01/01 to 2016/12/3, Danish, English, Norwegian, Swedish</i>				

I udvælgelsen af studierne er der anvendt in- og eksklusionskriterier, der blandt andet er bestemt ud fra de indledende søgninger for at sikre studierne relevans i forhold til specialiets problemstilling og til at sikre overførbare af de udvalgte studier. Disse opstilles i grove træk herunder og for en nærmere beskrivelse af in- og eksklusionskriterierne henvises til afsnit ”In- og eksklusionskriterier” i Bilag 2.

- Intervention: sundhedsuddannelse eller sundhedsfremme
 - o Sygdomsspecifik (pre-diabetes, KOL og hjertekarsygdom)
 - o Generel (på tværs af de 3 diagnoser)
- Outcome: oplevet udbytte, erfaring
- Sprog: Engelsk, dansk, norsk eller svensk
- Publikationstidspunkt: 2011-2016

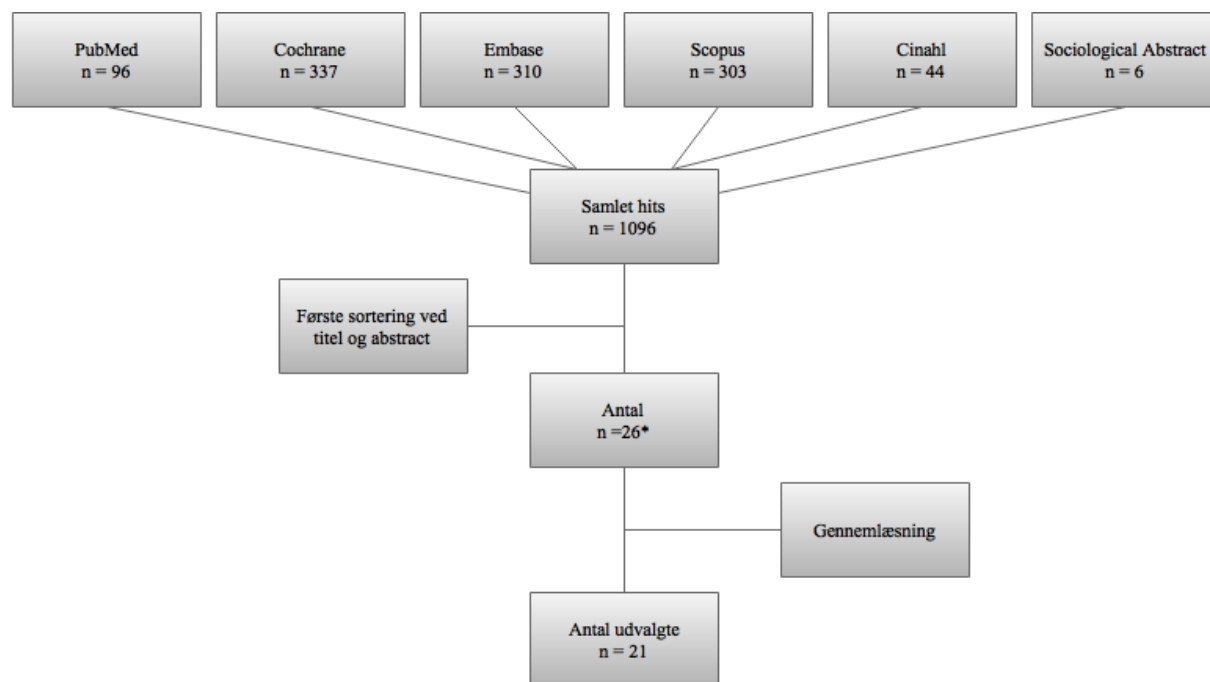
Herudover medtages kun studier fra lande, der er samfundsmæssigt og kulturelt sammenlignelige med Danmark, da det vurderes, at disse faktorer kan have betydning i forhold til studierne resultater og dermed overførbareheden til dansk kontekst.

4.1.3 Resultater af litteratursøgningen

Søgningen i de seks databaser resulterede i alt i 1096 hits. Udvalgelsen af litteratur er systematiseret ved en opdeling af gennemgangen i to faser, hvor der i første omgang er foretaget grovsortering med udgangspunkt i titel og abstract på baggrund af de opstillede in- og eksklusionskriterier. Dette er blevet efterfulgt af en finsortering, hvor de antal artikler, der nåedes ned på er gennemlæst. Det endelige antal er udvalgt på baggrund af in- og eksklusionskriterierne samt gennemgang af studierne med inspiration fra guidelines til kvalitetsvurdering, som VAKS, Malteruds guideline samt STROBE, hvilket bliver uddybet under ”Strategi for gennemgang og udvælgelse af

litteratur” i Bilag 2 (69–71). Herved er i alt 21 artikler blevet udvalgt som primærlitteratur til at bidrage med at identificere fokusområde i nærværende speciale. Denne udvælgelsesproces er visualiseret i den følgende Figur 1.

Figur 1 – Flowchart over den systematiske litteratursøgning



Figurtekst: flowchart over litteratursøgningen, herunder antal hits i de forskellige databaser og antallet af frasorterede artikler ved den tofasede gennemgang af studierne.

** faktiske antal artikler, hvor dubletter, der fremkommer flere gange, er sorteret fra*

4.2 Metode for interviewundersøgelsen

I det følgende vil centrale begreber og antagelser samt til- og fravalg i den kvalitative undersøgelse blive præsenteret - herunder formålet med undersøgelsen, undersøgelsesdesignet, forløbet med rekruttering af deltagere, opbygningen af interviewguiden, overvejelser omkring forskerrollen, beskrivelse af interview-setting, datahåndteringen samt analysestrategien.

4.2.1 Teoretisk metode og design

Formålet med denne undersøgelse er, gennem individuelle interviews, at få indblik i, hvordan tidligere deltagere gennemført Tjek på Vægten integrerer forløbet i deres hverdag. Herunder er det hensigten at interviewene skal bidrage til ny viden om deltagernes oplevelser og erfaringer med tilbuddet samt komme med indblik i, hvorvidt tilbuddet har spillet sammen med hverdagen, og hvorledes det har bidraget til *health literacy*. Med henblik på at indhente viden om hvordan den enkelte borger

integrerer tilbuddet i sin hverdag, er det derfor afgørende at gå til individet selv og undersøge individets hverdags erfaringer via dennes fortællinger (60,72).

Resultaterne af specialets empiriske undersøgelse er derfor behandlet i en teoretisk analyse baseret på begreber fra socialfænomenologien. Her trækkes således på begreber fra Birthe Bech-Jørgensens hverdagslivsteori, fordi denne indeholder begreber om hverdagens mekanismer og bestanddele og deres samspil. Dertil anvendes Don Nutbeams begreb *health literacy*, der muliggør kobling af Bech-Jørgensens teori til den enkelte borgers sundhedskompetencer på vej mod bedre sundhed, hvor begrebet bruges til identificering af mulige forbedrede sundhedskompetencer hos målgruppen.

Måden teorierne bliver anvendt på i nærværende speciale, svarer til det Klaus Høyer betegner som *dåseåbner*, dvs. at teorierne bidrager til at bestemme genstanden ved at åbne op for en forståelse af et særligt aspekt af problemstillingen (73). På denne måde lukker hverdagslivsteorien og *health literacy* begrebet op for en forståelse af de deltagende borgeres udbytte og erfaring med Tjek på Vægten og bliver anvendt som analytisk værktøj. Herved anvendes teorierne ”til at indkredse feltet for undersøgelse ved at trække på andre indfaldsvinkler” (73). Således bruges teorierne til at indkredse relevante analytiske elementer og bidrager med en særlig indfaldsvinkel til at forstå resultaterne.

4.2.2 Begrundelse for valg af teorier

Som det fremgår af afsnit 1.5, er borgerperspektivet på udbytte af forebyggende indsatser sparsomt belyst, idet borgernes oplevelser og erfaringer med forebyggende tilbud og dennes samspil med hverdagen ikke fremgår som interesseområde i tilgængelig forskning i relation til forebyggende indsatser. På baggrund af dette, er der designet en kvalitativ interviewundersøgelse med inddragelse af hverdagslivsteorien af Birthe Bech-Jørgensen som analytisk fokus i denne opgave. Hverdagslivsteorien udspringer fra socialfænomenologien således, at Alfred Schutz, har integreret fænomenologien i sociologien og derved formuleret hverdagslivsteorien (60). Valget af hverdagslivsteorien bygger på at få et indblik i borgerens oplevelser og erfaringer af tilbuddet ud fra dennes egne nuancerede beskrivelser ved individuelle interviews. Herunder anvendes også *health literacy* begrebet og samlet giver teorierne ved individuelle interviews mulighed for at tage udgangspunkt i den enkelte borgers

erfaringsverden (2,4).

Yderligere kommer der ved interviewene fokus på sundhed og livsstil, hvor borgeren kommer til at reflektere over hverdagens upåagtede aktiviteter, som ”ikke er ubevidste.” (5). Endelig er hverdagen ifølge Bech-Jørgensen ikke objektet, men udgangspunktet for undersøgelsen forstået på den måde, at deltagernes hverdagsliv bliver den kontekst, hvor de oplever og erfarer udbyttet af indsatsen (5).

4.2.3 Centrale begreber fra teorierne

I dette afsnit vil centrale begreber og –aspekter fra hverdagslivsteorien og begrebet *health literacy* blive præsenteret med det formål at anvende dem på den empiriske data til belysning af problemformuleringen.

4.2.3.1 Begreber fra hverdagslivsteorien

Det mest fremtrædende begreb i Bech-Jørgensens teori er hverdagslivet, som hun beskriver som ”det liv, vi lever hver dag.” (59). Det er derfor hensigten at undersøge verden og den sociale virkelighed, som den erfares i hverdagen af borgerne i Tjek på Vægten (74). Hverdagslivet eller livsverdenen er den verden, vi lever i; ”*Det er den verden, vi i dagligdagen tager for givet, det er den før-videnskabelige erfaringsverden, som vi er fortrolige med, og som vi ikke sætter spørgsmålstegn ved*” (74). Med interesse for den enkeltes livsverden som fokus for forskning, gives der mulighed for at undersøge borgernes umiddelbare oplevelser og erfaringer (60). Som beskrevet tidligere under afsnit 1.7.1 med hverdagslivsteorien udforsker Schutz hverdagslivet ved at centrere sig omkring den enkeltes common-sense indstilling og social samhandlen (60). Da virkeligheden ikke eksisterer løsrevet fra erfaringskonteksten (61), bliver det essentielt at betragte de deltagende borgers udbytte i den hverdagskontekst, som disse vil erfare udbyttet af tilbuddet i. Daglige vaner og rutiner udgør grundlaget for selvfølgelighed og i tråd med Bech-Jørgensens forståelse af, hvad hverdagen består af, vil disse fremgå som et centralt undersøgelsespunkt (59,60).

Interessen i hverdagslivsteorien er på menneskets subjektive oplevelser og erfaringer i hverdagen (59,60). Begreber og fortolkninger bygges på mennesket, der erfarer hverdagen. Med det empiriske materiale i opgaven dannes andenordensbegreber ud fra borgernes udtalelser fra deres hverdag/livsverden – førsteordensbegreber. Andenordensbegreber repræsenterer forskerens fortolkning af førstepersonens

udtalelser (førsteordensbegreber), der indebærer den enkeltes sociale samhandlen i hverdagen (60). Derfor er det essentielt, at andenordensbegreber fører tilbage til individet, der har formuleret dem, så der kan udvikles et videnskabeligt sprog om hverdagsbevidstheden (60).

Yderligere er det målet at have en induktiv tilgang til datamaterialet. Dette for at få mange nuancer og så meget som mulig dybde med fra informantens livsverden (75). Herved skal man lære af informantens erfaringer, hvor det ikke er hensigten at få personlige vurderinger og holdninger, men snarere subjektive og intersubjektive erfaringer, der af forskeren kan fortolkes til andenordensbegreber (60,75). Målet er, at man som forsker påtager sig rollen som den desinteresserede iagttager, hvor man er neutral og ikke har en objektiv realitet, der fungerer som en endelig dommer, fordi man på denne måde kan genopdage det, der er fortrængt (60,62,76). Dog er det ifølge kvalitative forskere ikke muligt at være fuldstændig neutral og fordomsfri, hvor nogle mener, at det er forsøget værd at prøve, mens eksempelvis hermeneutikere udtrykker, at fordomme kan være produktive for erkendelsen (60).

4.2.3.2 Bech-Jørgensen: videreudvikler Schutz' begreber

Ved at tage udgangspunkt i Birthe Bech-Jørgensens hverdagslivsteori er det formålet at tage fat i en bredere forståelse af hverdagslivet end det er tilfældet hos Alfred Schutz. Som beskrevet tidligere består hverdagen af den naturlige indstilling hos Schutz, der har et adskilt hverdagslivsbegreb, hvor det enten er den naturlige indstilling og hverdag eller ikke-hverdag, mens Bech-Jørgensen har en bredere forståelse af den naturlige indstilling, som hun kalder for selvfølgeligheder (59). Uden selvfølgelighed, kaldt *selvfølgelighedens symbolske orden*, vil der ifølge Bech-Jørgensen ikke være noget hverdagsliv (59). Selvfølgeligheden forklares ved *upåagtede aktiviteter*, som er handlinger, som man ikke lægger mærke til – i form af rutiner og vaner i dagligdagen (59). Forskellig fra Schutz' er upåagtede aktiviteter for Bech-Jørgensen ikke ubevidste, da det, at man ikke lægger mærke til noget ikke kan sidestilles med, at det er ubevidst, da individet vil være i stand til at reflektere over en upåagtet aktivitet, som andre gør en opmærksom på (59). Der er ifølge Bech-Jørgensen ingen psykiske spæringer mellem de upåagtede aktiviteter og de aktiviteter, som man er opmærksom på. Der er kun forskel på, hvad man gør og hvad man lægger mærke til, at man gør (59).

De upåagtede aktiviteter gen- og omskaber hverdagslivets selvfølgheder. Selvfølghederne har en fælles mening og værdi, som betegnes selvfølghedens symbolske orden. Det er et resultat af de overordnede mønstre og fortolkninger, som de upåagtede aktiviteter er udtryk for (59,76). Den symbolske orden af selvfølgheder er en grundlæggende betingelse for hverdagslivet, hvor den både begrænser og muliggør de daglige aktiviteter (59). Hverdagslivet bliver hermed styret af vaner og rutiner og den symbolske betydning som disse tillægges og afspejler.

Med Bech-Jørgensens begrebsramme tages der et bredt syn på hverdagen, som adskiller sig fra Schutz' teori ved at inddrage samfundsskabte og mellem menneskelige påvirkninger med begreber som eksempelvis *betingelser*. Dette valg bygger på at Schutz' teori kritiseres for at være for individfokuseret og mikro-orienteret (60,76).

En analyse af hverdagslivet tager udgangspunkt i, hvordan borgerne håndterer disse betingelser (59,76). Fokus i opgaven er i forlængelse heraf på det sociale, da hverdagslivet er styret af sociale forhold, som både får betydning i hverdagslivets betingelser, i form af at de skabes i sociale forhold og håndtering af betingelserne, fordi de altid finder sted i en social og/eller en kulturel kontekst (76). Begrebet *social responsivitet* af Johan Apslund forklarer, at individet er et responsivt væsen, hvorfor hverdagslivet er under stor indflydelse af de sociale relationer og netværk, som det enkelte individ indgår i og de samordninger, i form af fælles værdier, normer eller handlinger, der finder sted (76). Dette vil derfor være et af fokuspunkterne i datamaterialet.

Selvom vaner og rutiner har en central betydning i hverdagslivsteorien, er hverdagslivet under konstant forandring (76). I forlængelse heraf introduceres begrebet *hverdagslivskræfter*, forklaret som individets iboende evne til at forandre, altså individets handlekraft (59). De træder i kraft, når individet forholder sig til noget for at skabe mening eller opnå kontrol med hverdagen og tilværelsen (59). Hermed sagt at selvom hverdagen er præget af orden, vaner og rutiner, er der også potentiale til forandring. Dette vil fremkomme som et element i analysen, der fremtræder som et vigtigt potentiale for adfærdsændring for borgerne.

Birthe Bech-Jørgensens hverdagslivsteori bliver i denne opgave ikke anvendt som et

fastlåst teoretisk standpunkt, men som en sondering af emnefeltet og en måde at få indblik i, hvad hverdagslivet består af. Samtidig er særligt omgivelsernes betydning og interaktionen med disse, der er elementer i teorien, der vil fremtræde i brugen af den.

4.2.3.3 Niveauer i health literacy

I forlængelse af beskrivelsen af *health literacy* i afsnit 1.7.2, anvendes begrebet som en indikator for en mulig forbedring af borgernes sundhedskompetencer. *Health literacy* består af tre niveauer; *funktionel*-, *interaktiv/kommunikativ* og *kritisk health literacy* (64). Individet har i disse tre niveauer forskellige sundhedskompetencer i at forstå og anvende sundhedsinformation. Det passive individ er at finde ved *funktionel health literacy*, som dækker over basale læsefærdigheder, og hvorvidt den enkelte forstår terminologien i sundhedsbudskaber. Ved *interaktiv health literacy* kan det enkelte individ kommunikere med og håndtere information fra forskellige fagpersoner. Det sidste niveau omfatter de pro-aktive individer, der er kritiske og opsøgende. Disse har avanceret viden om den pågældende problemstilling og sociale kompetencer, der gør dem i stand til at forholde sig kritisk til og analysere sundhedsinformation og herved at træffe informerede valg med henblik på at tage kontrol i alle dele af livet, herunder at tage kontrol over forhold som påvirker egen sundhed. I *health literacy* er målet netop at nå dette sidste niveau (64). Med tilbuddet er det samtidig målet at få borgerne til at nå dette punkt, hvor de kritisk kan forholde sig til sundhedsbudskaber i hverdagen og få taget de rigtige valg, hvad angår deres kost og motion.

4.3 Individuelle interviews som dataindsamlingsmetode

Der blev anvendt en kvalitativ tilgang med semistrukturerede individuelle interviews som metode. Dette valg bygger blandt andet på, at individuelle interviews udgør kilden til de føromtalte førsteordens-begreber og giver hermed subjektet mulighed for at informere om dennes livsverden (77). Ud fra den enkeltes forståelse af sin erfaringsverden bliver det muligt for forskeren at fortolke og begrebsliggøre fænomenerne, som den enkelte oplever i sin hverdag (60,75,77). Valget af individuelle interviews begrundes herudover i, at der kan forekomme følsomme emner under interviewet, som fokusgruppeinterview eksempelvis ikke vil tage

forbehold for, fordi den enkelte kan have sværere ved at åbne op for personlige emner foran andre mennesker (78).

4.3.1 Rekruttering af deltagere

I det følgende gennemgås rekruttering af borgere til interviewundersøgelsen, hvor kriterierne for deltagelse ligeledes præsenteres.

Der er skabt adgang til deltagerne i interviewene via Tjek dit Helbred på Randers Sundhedscenter. Ud fra dokumenter med diverse information om borgerne, TDH's registreringssystem samt ved hjælp af personalet, der har haft ansvaret for holdene, er det blevet muligt at identificere antal borgere, der havde gennemført Tjek på Vægten. Herefter blev potentielle deltagere til interviewene kontaktet. I udgangspunktet var det hensigten at kontakte omkring 6-7 borgere heraf 80 % kvinder, da denne andel afspejler fordelingen af kønnene på holdene. Antallet blev bestemt ud fra tids- og ressourceperspektivet, idet der ikke har været mulighed for eller tid til at foretage flere interviews taget specialets rammer i betragtning. Det blev blandt andet ud fra analysen besluttet, at antallet var passende i opnåelse af datamætning (72).

Kriterier for deltagelse i interviewundersøgelsen har for det første været at have deltaget i og gennemført et af de 16 forløb på Tjek på Vægten fra 2012-2014. Gennemførelsen er bestemt ud fra fremmødelister i henholdsvis dokumenter og i registreringssystemet KMD, hvor fremmøde til sidste undervisningsgang er blevet betragtet som gennemført forløb. Valget af borgere Tjek på Vægten fremfor den nuværende Tjek på Livsstilen skyldes primært, at der med hverdagslivsperspektivet undersøges de nye vaners samspil med hverdagen, hvor borgere fra de tidligere år har mulighed for at reflektere over, hvordan det har været før, under og efter deltagelsen. Borgere fra Tjek på Livsstilen har ikke samme mulighed, da de ikke kan nå at have en hverdag, hvor erfaringer med integrering af tilbuddet finder sted.

4.3.1.1 In-og eksklusionskriterier

In- og eksklusionskriterier for deltagelsen i interviewundersøgelsen har for det første været påvirket af, at gruppen, som der har været adgang til i forbindelse med interviewene allerede var selekteret ved inklusionskriterierne for deltagelse i Tjek på Vægten i Randers Kommune. I forlængelse heraf er der derfor sikret, at borgerne som interviewes eksempelvis kan læse og forstå dansk.

Et andet eksklusionskriterium i Tjek på Vægten har været tilstedeværelse af psykiske sygdomme og -problemer, der gør det svært for den enkelte at deltage i et gruppeforløb med op til 14 deltagere samt at koncentrere sig i længere tid. Ligeledes er personer med et stof/alkoholmisbrug blevet ekskluderet (28).

Herudover har målet med interviewene været at have variation i informanter. For at sikre dette er den tilfældige udvælgelse blandt antal gennemførte deltagere baseret på 'strategisk udvælgelse' (78). Formålet her har været at opnå informationsrigdom, mangfoldighed og variationsbredde og dermed nogle nuancer i datamaterialet, der kunne styrke muligheden for at vurdere resultaternes fejlmargen, hvor fx paradokser og modsigelser kan medvirke til øget refleksion i forhold til den mest gyldige tolkning af interviewmaterialet (78). Hensigten er således at opnå variation inden for rammerne af de primære udvælgelseskriterier. I forlængelse heraf er det hensigten at inkludere borgere fra forskellige forløb på forskellige tidspunkter. Dette kan være med til at sikre variationen, fordi det forventes, blandt andet i forlængelse af forskellige undervisere og forskellig sammensætning af hold, at bidrage med forskelligartet viden om, hvordan samspillet med hverdagen har været. For at sikre denne variation er deltagere fra forskellige hold i Tjek på Vægten udvalgt i interviewundersøgelsen. Dernæst er der forsøgt at skabe variation i køn, hvor begge køn er forsøgt repræsenteret i interviewene med den andel, der har deltaget i forløbene. Da fordelingen af køn blandt deltagerne i Tjek på Vægten er cirka 80 % kvinder og 20 % mænd, er der valgt at medtage 5 kvinder og 2 mænd i interviewundersøgelsen. På baggrund af aldersintervallet for indsatsen er der ligeledes forsøgt at medtage deltagere således, at aldersintervallet for undersøgelsen på 30-49 år bliver repræsenteret i interviewundersøgelsen og fordi det vurderes, at der er tale om andre sammenhænge derhjemme i form af børn i familien for de yngre grupper.

For det tredje er deltagere, der ingen kontaktinformation havde, i form af e-mail adresse og telefonnummer, blevet ekskluderet, da invitationen er sendt per mail og opfølgningen er foregået per telefon. Dette kriterium medfører dog et potentielt problem, idet udsatte grupper, som indsatsen retter sig imod, kan risikeres ikke at blive interviewet, da der påtænkes, at manglende kontaktinformationer især forekommer hos denne gruppe. Dog ses dette ikke som et væsentligt problem, idet manglende kontaktinformation ikke er et hyppigt problem i målgruppen.

Udvælgelse af deltagere til interviewene er foregået over flere runder og har været efter frivillighedsaspektet, hvor deltagerne er udvalgt tilfældigt på baggrund af in-og eksklusionskriterierne blandt alle gennemførte på tværs af holdene. I første runde blev borgere opsøgt med et invitationsbrev per mail, hvori der er fremgået en svarfrist for tilbagemelding af deltagelse eller ikke-deltagelse på en uge (se Bilag 3).

Til borgere, der ikke har svaret på mailen, er der rettet telefonisk henvendelse efter svarfristens udløb. Der er i alt forsøgt at ringe borgerne op på tre forskellige tidspunkter med højst to opringninger i tilfælde, hvor det ikke var muligt at få fat i dem. Da der efter første runde ikke var nok deltagere, blev der en anden runde med invitationer – her blev der stræbt efter at få fat i borgere fra samme hold, så variationen blandt holdene kunne bibeholdes. I anden runde blev svarfristen justeret ned til 2 dage inden telefonisk henvendelse. Invitationsrunderne er gentaget, indtil der blev det ønskede antal deltagere.

Det har været svært at rekruttere borgere til interviewene, fordi der som udgangspunkt blev sendt for få invitationer af sted i håb om at få tilstrækkelige deltagere, hvilket diskuteres yderligere under afsnit 6.2.2. Ud fra i alt 17 henvendelser til borgere, identificeret fra listen med gennemførte, defineret som deltaget til sidste undervisningsgang fra de 13 hold inkluderet fra årene 2012-2014, sagde fem kvinder og to mænd ja til at deltage i interviewundersøgelsen. De resterende 10 borgere, der ikke har ønsket at deltage havde forskellige grunde herfor. Fire har meddelt, at de ikke var interesserede eller ikke havde lyst til at deltage, én har takket nej på grund af ophold i udlandet, en anden grundet manglende tid at sætte af til interviewet og de sidste fire har ikke været mulige at få fat i per telefon.

4.3.2 Interviewguide

Der er blevet udarbejdet en semistruktureret interviewguide (se Bilag 4) med afsæt i problemformuleringen. Den semistrukturerede form er valgt, da denne er mere fleksibel end den strukturerede, og derfor giver en bredere forståelse (77). Interviewguiden har i denne sammenhæng været et redskab til at forsikre interviewerens i at komme ind på de relevante temaer, der er tiltænkt for interviewet (78). Interviewguiden er i denne forbindelse blevet brugt som huskeliste frem for en guide, der skal følges stringent (78). Udover temaer fra teorierne er der en åbenhed for nye emner, som kan bringes frem under interviewene (60,79).

Birthe Bech-Jørgensens hverdagslivsteori og Nutbeams begreb *health literacy* (omtalt under afsnit 1.7) er anvendt som inspirationskilde til formulering af interviewspørgsmålene. Centrale begreber fra hverdagslivsteorien og *health literacy* har indkredset og dannet temaerne i interviewguiden, herunder; kompetencer, samspil med hverdagen og omgivelsernes/sociale relationers betydning.

Guiden er blevet opdelt i temaer og interviewspørgsmål, som repræsenterer den dynamiske del af en interviewguide, der skal holde samtalen i gang og motivere interviewpersonen til at tale om sine oplevelser (75,77). Yderligere er rækken med uddybende spørgsmål tiltænkt som sonderende og specificerende spørgsmål samt hjælp/støtte i situationer, hvor der kunne være brug for eksempelvis konkretisering af et stillet spørgsmål (77).

Indledningsvis er det forsøgt at stille åbne spørgsmål for at få interviewpersonen til at formulere sig og komme med sit eget perspektiv (77). Selvom de anvendte teorier har dannet temaerne i interviewguiden, har det været hensigten at have en åben tilgang og få beskrivelser af interviewpersonernes erfaringsverden (14). Dette blev delvist sikret ved spørgsmål af typen "*Vil du fortælle lidt om din livsstil i dag?*" (fra Bilag 4 "Interviewguide").

For at sikre forståelse er interviewspørgsmålene sprogligt formuleret konkret, præcis og i dagligdagsprog, hvor der yderligere er givet eksempler på begreber eller termer, der har virket diffuse eller har været svære at forstå (80).

Rækkefølgen af emner i interviewguiden tager først udgangspunkt i *health literacy* og dernæst hverdagslivsteorien, hvilket er det omvendte af hvordan emnerne er gennemgået i denne opgave. Dette skyldes for det første, at man allerede med spørgsmål ét egentlig taler om borgernes hverdag, så hele interviewet alligevel kommer til at omhandle denne primære fokus. For det andet er det medtænkt, at borgeren kan være nervøs i starten af interviewet, hvorfor de mere konkrete *health literacy* spørgsmål kan være en god indledning til interviewet, idet de er nemmere at forholde sig til før de mere åbne spørgsmål med hverdagslivsteorien.

4.3.3 Interviewsetting

I dette speciale har ønsket været at interviewe borgerne i eget hjem blandt andet for at udviske den magtrelation, der vil være mellem interviewer og interviewpersonen under 'professionelle rammer'. Derfor er der givet frihed til borgeren om selv at

vælge mellem eget hjem og sundhedscentret som setting for interviewet. Ved at tilbyde at interviewet kan foregå i deres hjem, er det ikke forskerrollen men gæsterollen, der påtages af interviewerens (77,81).

Herudover har interviewpersonen også fået mulighed for at bestemme tidspunkt og dato af hensyn til vedkommendes dagligdag med arbejde og andre aktiviteter, hvorfor interviewene har ligget på forskellige tidspunkter i døgnet - nogle tidlig morgen og andre om aftenen afhængig af, hvornår det bedst har passet borgeren.

Alle interviews bortset fra én er foregået i sundhedscentrets mødelokaler, TDH-loungen og TDH-salen. En enkel er foretaget i borgerens eget hjem.

Mødelokalerne og TDH-loungen er indrettet på samme måde, hvor der er sofaer/stole med tilhørende sofabord, en tavle og en vask. I de anvendte mødelokaler er der ligeledes et rundt mødebord. Begge typer af lokaler er indrettet på en hyggelig måde, der giver plads til en samtale under løse rammer. Herudover er et enkelt interview foretaget i TDH-salen, som er et stort mødelokale med borde og stole i u-form og en stor tavle med tilhørende projektor, hvorfor dette lokale kan virke lidt mere professionelt og dermed påvirke interviewpersonen og dennes relation til interviewerens. I alle interviews fik borgeren lov til at tage plads først. På denne måde er det forsøgt undgået at fremstille interviewerens som den, der bestemmer og fordeler roller. I alle tilfælde har interviewer og borger siddet enten overfor eller skråt overfor hinanden.

Interviewet, der er foretaget i borgerens eget hjem, er foregået ved et stort spisebord i et åbent lyst køkken, hvor interviewer og interviewperson igen har været placeret overfor hinanden.

4.3.4 Forskerrollen i interviewsituationen

Ifølge Malterud vil forskeren altid have en indvirkning på forskningsprocessen og interviewsituationen, hvor forskerens rolle påvirker resultaterne og derigennem undersøgelsens validitet (78). Det er interviewerens, der gennem deltagelse og samspil med borgerne, generer de empiriske data og står til ansvar for, at rammerne for interviewet er i orden. Det er i forlængelse heraf interviewerens, der skal sørge for at åbne op for borgeren og sørge for, at denne kommer med nuancerede, righoldige beskrivelser af oplevelserne i deres liv, hvorfor det er vigtigt at skabe en tryk ramme og stemning i lokalet under interviewet (78,82). Det er derfor forsøgt at skabe en god

kontakt til borgeren i starten af interviewet ved small-talks samt ved at præsentere formålet med interviewet inden samtalen går i gang.

Målet for interviewerens har været at have en deskriptiv orientering i interviewet (78). I forlængelse heraf er det forsøgt at sætte forforståelsen til side ved interviewstart for at imødegå den foromtalte magtrelation, der kan opstå i en interviewsituationen, hvor interviewerens er den, der ”bestemmer interviewemnet, stiller spørgsmål og beslutter, hvilke svar han eller hun vil følge op, og er også den, der afslutter samtalen” (83).

I interviewsituationen blev dette realiseret ved at undgå ledende spørgsmål og være aktiv lyttende således, at den enkeltes egne erfaringer og oplevelser kom i fokus (78). Derfor har interviewerens anvendt uddybende spørgsmål af arten ”*Hvordan har du gjort det?*” eller ”*Kan du fortælle lidt om dem?*” (se Bilag 3 ”Interviewguide”). Med dette er det forsøgt at holde fokus på borgerens fortælling i dens nuancer og originalitet og på samme tid undgå interviewerens som værende den, der styrer samtalen i retning af sin egen forståelse (78).

Under transskription af det første interview er det kommet frem, at interviewerens mange bekræftende ja’er med kommentarer af og til har til tider virket forstyrrede hos borgeren, hvorfor disse blev erstattet med bekræftende nikken efter det første interview. Det må konstateres, at rollen som den aktive lytter var nemmere at påtage i situationer, hvor borgeren havde meget at fortælle om (åben person) sammenlignet med tilfælde, hvor der var tale om en lukket person, der kom med meget korte svar.

4.3.5 Datahåndtering ved optagelse og transskription

Alle interviewene er optaget som lydfil ved app’en på mobiltelefonen og transskriberet herefter delvist med programmet ExpressScribe og ellers almindelig lydafspiller på computeren.⁴ Transskriberingen er foretaget umiddelbart efter endt interview, hvor filen er blevet lyttet igennem med mindre hastighed og transskriberet ordret af interviewerens selv for at sikre, at alle nuancer kom med i udskriftet. Dog er det efter første transskription valgt ikke at medtage alle bekræftende ja og okay’er, som interviewerens kommer med, mens interviewpersonen fortæller videre. Dette både fordi disse forstyrrer læsningen af udskriftet, og fordi mangel på dem ikke ændrer i det sagte/ikke påvirker betydningen. Detaljerne omkring interviewets setting, beskrivelser af lokale, interviewperson, stemning med flere fremgår ligeledes i det

⁴ Det er muligt at få tilsendt udskriftet af interviewene ved henvendelse på mailadressen: glskl07@gmail.com.

transskriberede udskrift. Dette blandt andet for senere i analysen at kunne inddrage rammernes og interaktionens betydning for udfaldet af interviewet (84).

4.3.6 Analysestrategier

Kodningerne i analysen bygger både på en åben kodning og en teori- og begrebsstyret kodning, hvor kodningskategorierne tager udgangspunkt i præsenterede teorier (77). Ved den åbne kodning genereres der koder ud fra datamaterialet (77). Den åbne kodning giver muligheder for, at der ud fra datamaterialet opstår nye tematikker. Den åbne kodning af den transskriberede interviewtekst foretages for videre at belyse elementer, der har betydning for integrering af Tjek på Vægten i hverdagen samt borgernes overvejelser omkring deres sundhedskompetencer, som ikke kommer frem ved den teoristyrede bearbejdelse af interviewudskriften.

Analyseprocessen forløber således, at det udskrevne materiale først læses igennem for at skabe et overblik over omfang og spørgsmål. Derefter nærlæses hver transskribering, hvor de forskellige passager kondenseres (77). Tredje gennemgang af transskriberingerne bliver en dybdeanalyse af hvert interview, hvor de kondenserede passager videre analyseres ved at sætte begreber på fra teorien. Passager, som ikke kunne identificeres med teorierne, har fået sat nøgleord på for derved at udgøre den induktive del af analysen senere hen i processen. Efter denne gennemgang, der foretages for hvert enkelt interview, bredes analysen ud således, at der læses på tværs af interviewene for at identificere gennemgående temaer, ligheder og forskelle på tværs.

4.4 Etik

Som i al anden forskning, er det ligeledes vigtigt at være opmærksom på etiske problemstillinger ved kvalitativ forskning. For at sikre, at deltagerne har været indforstået med, hvad specialet indebærer, er informationer herom givet i invitationsbrevet, som yderligere blev præsenteret inden interviewene gik i gang. Yderligere er der afgivet samtykke til interviewforholdene ved samtykkeerklæringen, der blev underskrevet inden interviewstart, hvor interviewpersonernes anonymitet samtidig også er blevet sikret (se Bilag 5 ”Samtykkeerklæring”). Endvidere er interviewpersonerne blevet informeret om den frivillige deltagelse, hvor de ligeledes havde mulighed for at fortryde til ethvert tidspunkt (81).

5 Resultater af interviewundersøgelsen

I det følgende vil borgerne i interviewundersøgelsen indledningsvis præsenteret, hvor deres karakteristika, fælles udtalelser samt generelle tendenser i interviewene vil blive kort fremlagt. Derefter anvendes hverdagslivsteorien på interviewene ud fra de identificerede temaer i analysen. Afsluttende opsummeres hovedtemaer samt – resultater fra interviewene.

5.1 Præsentation af borgerne i interviewene

Tabel 3 – Oversigt over borgere, der blev interviewet

Borger	Karakteristika
Borger 1	Gift mand, har ingen børn. Han kan godt lide at gå lange ture. Arbejder på en stor fabrik, hvor han får støtte til motion af kollega i form af tegning af hans ruter.
Borger 2	Kvinde. Bor sammen med sin mand og datter. Har et stillesiddende arbejde. Er tilmeldt et motionscenter, som hun gerne vil træne regelmæssigt i.
Borger 3	35-årig mand. Eneboer. Arbejder og er derudover bordtennistræner. Motion fylder meget i hans liv, cykler meget og spiller/træner i bordtennis. Har rygproblemer, der især i vintertiden kan gøre det sværere at komme i gang.
Borger 4	Kvinde, sidder det meste af dagen pga. arbejde, hvor hun kører ud til kunder. Har en søn på 19. Hun føler, at hun tit falder tilbage i det gamle mønster, men har for nyligt meldt sig ind i et fitness-center, hvor hun er interesseret i holdundervisning, da løb/spinning ikke interesserer hende.
Borger 5	40-årig kvinde. Bor sammen med datteren på 12. Har et arbejde, hvor hun rejser tit. Har under forløbet tabt sig sammen med hendes daværende mand. Hun har ikke så meget tid til motion, men løber af og til ude i naturen.
Borger 6	Kvinde, der bor sammen med sin kæreste og datter på 19. Hun er førtidspensionist pga. en sygdom, der skaber problemer med blandt andet balancen. Hun kan ikke holde sig i gang i længere tid, går til motion ved fysioterapeut og deltager i holdundervisning på fitness-center.
Borger 7	Kvinde, er pensionist. Bor sammen med sin handicappede mand. Har desuden to hunde, som hun træner med flere gange om ugen. Har et problem i knæet, der gør, at motion ikke fylder så meget i hverdagen udover træningen med hundene.

Af tabellen fremgår det, at de i alt syv borgere var fordelt på to mænd og fem kvinder, hvilket repræsenterer den generelle fordeling på holdene. Alle borgere bortset fra én

er gift eller har kæreste, hvoraf fem bor sammen med deres ægtefælle/kæreste. Ud fra de syv borgere var to førtidspensionister, mens de fem andre var aktive på arbejdsmarkedet. Derudover fremgår alderen ikke på alle deltagere, da der ikke er spurgt ind til dette direkte i interviewene og information herom er hentet ud fra tilgængelige dokumenter i TDH. Taget målgruppen for Tjek dit Helbred i betragtning har borgernes alder under forløbet været mellem 30-49 år, hvorfor de på interviewtidspunktet har en alder mellem 34-54 (22).

I interviewene har der været generelle tendenser og emner, som går igen. Disse vil i det følgende blive gennemgået. For det første har alle borgere igennem interviewet nævnt, at de tænker mere på sundhed og deres helbred samt de valg, de foretager sig angående kost i løbet af dagen efter at have deltaget i forløbet. For det andet nævner alle borgere konkrete redskaber som en vigtig og god måde til at ændre vanerne, idet de er nemmere at bruge og huske i hverdagen. For det tredje er madlavningssessionen⁵ i forløbet et hit hos alle borgere, der alle beskriver den som en positiv og god øvelsesgang, som de godt kunne tænke sig at have flere gange i løbet af perioden. Madlavningssessionen gør det ifølge borgerne nemmere at afprøve opskrifter derhjemme, idet alternativer til den daglige mad bliver afprøvet på egen hånd. Endelig er en generel kommentar blandt borgerne, at der er stor hjælp og støtte hos underviserne, der beskrives som meget søde og venlige mennesker. Herudover er det fire ud af syv, der oplever succes i forbindelse med integrering af forløbet i hverdagen, hvorimod tre af borgerne ikke oplever dette, da de ifølge dem selv *”ikke har implementeret det endnu”* (fra interview 2).

5.2 Resultater af analysen

Resultaterne af analysen vil blive præsenteret i det følgende, hvor afsnittene er inddelt efter temaer identificeret ved anvendt teori og den åbne tilgang i analysen af datamaterialet. Med resultaterne under disse temaer udfoldes og besvares problemformuleringen under afsnit 3, herunder hvorvidt borgerne i Tjek på Vægten integrerer tilbuddet i deres hverdag. Hverdagslivsteorien af Birthe Bech-Jørgensen er i denne sammenhæng blevet anvendt som tilgang til at begribe materialet på og som en sondering af emnefeltet. Samtidig har omgivelsernes betydning og borgernes interaktion med disse været et særligt fokusområde i forbindelse med identificering af

⁵ enkel gang hvor alle borgere på holdet prøver nye sunde opskrifter af sammen

temaer i analysen samt i interviewguiden. Analysen er opstillet sådan, at de deduktive temaer bliver gennemgået i første omgang, hvorefter der rundes af med de induktivt fremdragne temaer.

5.2.1 Selvfølgelighed/upåagtede aktiviteter

Et centralt undersøgelsespunkt ud fra teorien er de daglige vaner og rutiner, som danner grundlag for selvfølgelighed. Borgernes selvfølgeligheder kommer i interviewene til udtryk ved forskellige måder. Der er tale om både bevidste og ubevidste beskrivelser af deres ændrede selvfølgeligheder i form af nye vaner og rutiner efter deltagelsen samt de upåagtede aktiviteter, de har haft før og vedbliver efter forløbet også. Disse vil i det følgende blive gennemgået under afsnittene; Bevidste og ubevidste beskrivelser af selvfølgeligheder og Svært at integrere.

5.2.1.1 Bevidste og ubevidste beskrivelser af selvfølgeligheder

De bevidste beskrivelser er i tilfælde, hvor borgerne bevidst forholder sig til ændringen af deres kost- og motionsvaner. Dette er et punkt, der omtales i alle interviews og et eksempel er fra interviewet med borger 5, der er bevidst om ændringen af morgenmadsvanen; *"Jeg har jo simpelthen nu i de der tre år og jeg lyver næsten ikke, spist havregryn næsten hver dag. Og jeg fandt ud af at det mættede mig meget længere tid."*, hvor hun selv beskriver denne rutine som ; *"... men jeg kan altså også tage mit havregryn og folk de glor måske åndsvagt på mig, og så måske noget lækkert frugt ved siden af. Men bare. Det ligger bare på rygraden og det..."* (fra interview 5). For borgeren er havregryn blevet en naturlig del af morgenmadsrutinen, der virker bedre for hende end det hun var vant til før. Et andet eksempel på en konkret bevidst beskrivelse af selvfølgeligheden ved kostvanerne er eksempelvis det at huske at spise, type af fedtstof samt flere grøntsager i mad er:

*"Ja ja, det stadigvæk hænger i baghovedet ikk ogs'. Til at starte med var det svært at få det ind til at ligge der, men nu ligger det på lageret derinde [...]
Man tænker ikke over det mere nej, ikke på samme måde som i starten nej."*
(fra interview 7).

Ifølge borgeren er disse vaner tillært og dermed også integreret i hverdagen.

Ligeledes konstateres, at fokus for mange af borgere er på at inddrage nye vaner i hverdagen ud fra Tjek på Vægten, hvor de ikke fokuserer på de gamle vaner, der også er sunde. Et eksempel på dette er borgeren fra interview 7, idet en upåagtet aktivitet

som hundetræning ikke bliver beskrevet som en motionsvane, men først bliver beskrevet, når borgeren bliver spurgt ind til, hvordan en almindelig dag forløber for hende: ”[...] ja så går jeg til hundetræning flere gange om ugen, jeg får bevæget mig...” (fra interview 7). Motion bliver her betragtet som noget udover hundetræningen, der er en fast rutine, hvorfor borgeren opsøger nye motionsformer i hverdagen efter deltagelsen i forløbet.

5.2.1.2 Svært at integrere

Selvom de nye vaner på nuværende tidspunkt er integreret hos flere af borgerne, konstateres at det for nogle af borgerne stadigvæk er svært at komme af med eller ændre de gamle vaner. Dette taler tre af borgerne åbenlyst om i interviewene, hvor den ene udtrykker det ved:

”Så tror jeg det handler meget om, det døjer jeg da stadig med, den der rygrad der ikke er der, de der huller man falder i hele tiden. Og den der svaghed for det der, nu siger jeg usunde, jeg ved ikke hvorfor, men det trækker mig vildt de der søde sager.” (fra interview 4)

Det var gennemgående i dette interview, at borgeren beskyldte sig selv for hele tiden at ”falde tilbage” og nævnte dette gentagne gange: *”Og det er jo mig selv ikk, for jeg er faldet tilbage i det gamle.”* Yderligere er det hos denne borger tydeligt, at der for hende er ”det gamle” og ”det nye”, hvor hun vægter nye vaner som værende vigtigst, som for hende er et liv med sundere kostvaner, motion og en vægt, der er 5-10 kg mindre.

Dog udtrykker hun: *”Jeg synes bare at det er svært. Jeg synes bare at jeg er dårlig til at, til at sætte nogle regler og sådan noget for mig selv. Fordi.. Jeg bryder dem hele tiden.”* Hendes hverdag skifter mellem de gamle vaner og det nye liv, og hendes selvfølgelighed med at bruge sukker som en slags belønning, gør det svært at nå i mål:

”Men ingen tvivl om, at jeg vil da gerne veje 5-10 kg mindre. Men, men jeg skal også indrømme at min, jeg har en elevatorvægt, den kan køre op og ned. Det er ligesom om, når jeg har tabt mig 5 kg, så tænker jeg, yes nu kører det, og så skal jeg belønne mig selv, og så kører det ud af sporet igen [...] Og det tror jeg også meget af det her med sukker og det her, man glemmer det og så synes man at man har fortjent det, lige pludselig ikk?” (fra interview 4).

Ønsket om at veje mindre er samtidig et eksempel på en anden fælles tanke borgerne har i forbindelse med deres syn på succes. De borgere der giver udtryk for succes, er alle dem, der har tabt sig og nået i mål med deres ønske eller forventning til forløbet, hvorimod de ikke succesfulde borgere ”er faldet tilbage”. I forlængelse heraf ses det, at borgerne sætter lighedstegn mellem succes og vægttab. Hermed fylder de kvantitative mål meget i deres forståelse af sundhed, selvom det i forløbet er livsstilsændringen, at der fokuseres på.

Selvfølgheden med at spise søde sager og have svært ved at stå imod dem især i aftentimerne udtrykkes ligeledes af borgeren fra interview 6. Samtidig påpeger borgeren fra interview 4, at det er vigtigt med en balance mellem en sund livsstil og undgå at være for hård ved sig selv.

”Ja og så vil jeg også sige at man finder ud af at det der med at gå på slankekur og være så hård ved sig selv, [...] det kommer man heller ikke langt vej med. For lige så snart man siger at nu har man tabt sig 5 kg så skal man fylde på igen ikk og så kommer man tilbage i den. Jeg tror at det er sådan et spørgsmål om.. hvad skal man sige... at leve fornuftigt (ahaoplevelse) og ikke at være hård ved sig selv” (fra interview 4).

Citaterne viser, at vaneændringer og nye selvfølgheder tager tid at opbygge, idet iboende vaner kan være svære at slippe af med. En borger udtrykker dette ved: *”Men det er også det igen med at vi er jo vanedyr ikke. Så det er om at køre efter de faste vaner dér og måske sortere de vaner fra, som ikke er godt for dig.”* (fra interview 3). På baggrund af dette eksempel er der tale om en proces, der tager tid og i forlængelse heraf kan det indikere, at det ikke altid er hensigtsmæssigt at måle effekt umiddelbart efter en indsats, fordi der skal være tale om en vedvarende livsstilsændring.

Samtidig er disse ændringer påvirket af den enkeltes betingelser i hverdagen og måden, hvorpå individet håndterer disse betingelser (2). Dette vil blive uddybet i det følgende, hvor fokus er på de sociale og kulturelle betingelser.

5.2.2 Sociale og kulturelle betingelser samt kontekst

De mellem menneskelige og samfundsskabte påvirkninger undersøges med begrebet *betingelser* fra hverdagslivsteorien af Bech-Jørgensen. I det følgende vil resultater med henblik på hvordan borgerne erfarer og håndterer disse betingelser fremgå.

Da måden betingelser håndteres på foregår i en social og kulturel kontekst, vil der ligeledes være fokus på borgernes kontekst (76).

I dette tilfælde betegnes borgernes betingelser som forhold i deres liv, der enten hæmmer eller fremmer deres ønske om at nå opnå et bedre og sundere liv. I nogle tilfælde kan denne betingelse være arbejdet eller familien, mens der i andre tilfælde er tale om en sygdom eller andre problemer med helbredet. I det følgende vil borgernes forskellige måder at håndtere disse betingelser blive behandlet.

5.2.2.1 Forskellige metoder til at håndtere hverdagens betingelser

For borgeren fra interview 6 er hendes sygdom en betingelse, der giver problemer med balancen og gør, at hun hurtigt bliver træt i løbet af dagen. Denne betingelse bliver håndteret ved:

”... men når man har sådan en bestemt portion energi per dag (slår/halv let banker på bordet). Så nogle gange så bliver man nødt til at sige, jamen hvad er det så jeg prioriterer i dag, hvad er det nu min energi skal gå på.” (fra interview 6)

Hendes håndtering af denne betingelse går ved at lave forskellige prioriteringer i løbet af dagen, der gør, at hun trods betingelsen kan få hverdagen til at køre. Sygdommen er en betingelse, der begrænser hende i hverdagen, hvor hun ikke altid kan leve efter ønsket:

”Sommetider tænker jeg at jeg gerne vil cykle derud, men det er igen de der begrænsninger, jamen okay, så er jeg så træt når jeg kommer derud, altså det er jo ikke min krop, der er træt, det er mit hoved. Og det at mit hoved bliver træt så er min balance dårlig, altså så det er jo sikkerheden for mig selv, at jeg ikke cykler derude, og jeg så jeg ikke har god balance. Så, så det giver mig selvfølgelig nogen, [...] udfordringer hen ad vejen, at jeg hele tiden skal tænke, jamen hvad energi har jeg så vi så dag ikk.” (fra interview 6)

En anden borgers betingelse er at rejse meget på grund af arbejdet, hvilket kan være en udfordring til tider, idet *”når man rejser meget, så får du bare heller ikke den samme kost og så spiser du ude og. Men igen du tænker stadig på hvad du får på tallerkenen når du så er derude. Så lægger du ikke på som du plejer, eller som du måske ville have gjort før i tiden.”* (fra interview 5). Denne betingelse, der følger med arbejdet, håndteres ved at holde øje med blandt andet portionsstørrelsen. Ellers håndterer borgeren betingelserne i hverdagen, som eksempelvis aftaler med veninder

eller kæresten, hvor hun ved, at hun kommer til at indtage alkohol eller lidt flere kalorier ved at 'spare på kalorier' tidligere på dagen.

"... jamen det der med at tælle kalorier, det er også rigtig rigtig fint, men for mig virker det mere, hvis jeg for eksempel ved at jeg skal noget i aften eller få en øl eller et eller andet, jamen så nytter det ikke noget, at jeg har spist alt det der til morgenmad fordi så har jeg ødelagt det hele, så er det bedre at spare op på sine kalorier, hvis man kan sige det sine kalorier. Så det er lidt den måde jeg kører det på, ja" (fra interview 5)

På denne måde har borgeren forsøgt at balancere kalorieforbruget og som hun udtrykker det *"Og så kan man sige at jeg kan gå lidt på kompromis med nogle ting"* i hverdagene og skabe tid og plads til hygge i weekenden.

En anden måde, borgerne håndterer betingelserne på, er ved at bruge små-skridt metoden, som de er blevet introduceret til gennem Tjek på Vægten. Denne metode bliver omtalt af tre borgere. En af dem fortæller, at hun stadig tænker på redskabet *"De der små skridt, det snakkede vi meget om med Karen, "små skridt"* (højlydt, smiler imens). *Det er nok der, at jeg er, sådan."* I forbindelse med sundhedsinformation der kan virke forvirrende, udtaler hun sig således: *"Så jeg tror bare jeg sådan i mit hoved har den der små skridt, små skridt (bekræftende)." (fra interview 6).* Små skridt metoden med små ændringer og fine justeringer, som har været et af de temaer i undervisningen, er også blevet til en måde at forstå livsstilsændring på: *"Så jeg vil sige. Man skal bare i gang. De små ændringer, de fine justeringer i sit liv, så er det livet bliver forbedret ikke."* (fra interview 3). Denne tilgang bruges af en anden borger til step for step at komme af med usunde kostvaner: *"Det kunne jeg starte med måske, ej det kunne jeg godt undvære. Og så næste step, hvad kunne jeg så undvære?" (fra interview 6).* For borgerne er tilgangen med små skridt ad gangen en metode, der kan virke aflastende, da den for det meste huskes i perioder med lidt stress, hvor borgeren vil have at ændringerne sker hurtigt.

5.2.2.2 Tid/overskud – at skabe plads til sig selv i den travle hverdag

En anden betingelse, der fremkommer i analysen, er den travle hverdag, der i denne sammenhæng gør, at borgerne får svært ved at skabe plads til sig selv. Dette kommer til udtryk i 4 af interviewene. En borger udtrykker den manglende tid til sig selv ved:

”For jeg ved. Alt, hvad der er godt og man skal gøre, det ved jeg i hovedet. Men det er jo også det med at, ja få givet sig selv tiden til det. Fordi tiden den er der jo. Det er bare med at sige, ja , i dag skal jeg gøre noget godt for mig selv, og så skal jeg af sted i dag.” (fra interview 2)

Her er det tydeligt, at hun er opmærksom på, at det er hende selv, der skal skabe plads, fordi tiden, som hun også selv udtrykker det, er der. For hende ligger problemet mere i at prioritere sig selv frem for alt andet, som hun skal nå i hverdagen.

I forlængelse af problemet med at finde tid og overskud til at integrere kost og motionsvanerne i dagligdagen er afstand et andet forhold, der til tider kan være grunden til den manglende integrering. Afstand til motionscentret bliver omtalt som en betingelse, der kan begrænse motivationen for at komme af sted i to interviews. Borgeren fra interview 6 udtrykker dette ved:

”Ja fordi før, da havde jeg denne her undskyldning, altså man kan jo finde 20 undskyldninger og... da jeg boede ude i Hornbæk, arhh men der var dårligt vejr, og der var langt derind, jeg brugte for meget energi, inden jeg kom der ind og altså jeg havde 1000 undskyldninger (tryk på) og nu hvor vi bor herinde, kan jeg ikke komme med én undskyldning for at lade være. Og det er egentlig sådan min motivation ikke. Det er mega godt.” (fra interview 6)

Som hun udtrykker det i citatet er afstanden samt det at bo udenfor byen en undskyldning for, at hun ikke kommer af sted og får den motion, som hun egentlig havde planlagt at få. Hermed sagt, at jo tættere motionscentret ligger, jo bedre muligheder for at integrere motion i hverdagen, da det opleves nemmere at komme af sted. En anden borger oplever ligeledes afstanden som en betingelse, der før gjorde, at hun ikke kom i motionscenteret for at træne:

”Men rent faktisk har jeg her i weekenden meldt mig ind i fitness-center. Der er startet et nyt fitness-center derude i nærheden af, hvor jeg bor. Ellers så ligger de alle sammen i midtbyen, men nu er der startet en ude i sydbyen, ja og det passer perfekt og så tænker jeg, at det må jeg da kunne finde ud af at løbe eller gå derover og så gå på løbebånd eller der er sådan noget zumba hold og sådan noget.” (fra interview 4)

Senere i interviewet udtrykker hun ligeledes besværet med at komme helt ind til byen: *”Ja bare det at man skal ind i Randers og finde en parkeringsplads og betale for det...”* (fra interview 4).

Det kan i en travl hverdag være svært at finde tiden til at motionere, hvor afstande yderligere kan påvirke motivationen for at tage af sted for borgerne, idet de er med til at forlænge den tid, der er sat af til motion og dermed borgeren.

5.2.2.3 At håndtere forskellige kulturelle fællesskaber

Jævnfør afsnit 4.2.3.2 er individet ifølge Johan Apslund et responsivt væsen, der lever op i andres nærvær og på denne måde er hverdagslivet under stor indflydelse af de sociale relationer og netværk, som det enkelte individ indgår i og de samordninger, i form af fælles værdier, normer eller handlinger, der finder sted (76). Af flere borgere fremgår det, at fællesskaber, hvor der er bestemte kulturelle normer og regler tilknyttet, kan være svære at komme i, når man forsøger at omlægge kosten. I fire af interviewene giver borgerne udtryk for fødselsdage eller familiesammenkomster som eksempler på episoder, hvor der er knyttet en bestemt kultur og norm. Fødselsdage bliver i denne sammenhæng brugt som eksempel af tre af borgerne. De forsøger i disse tilfælde enten at erstatte det serverede med et sundere alternativ eller ved at udvikle andre taktikker for ikke at virke uhøflig.

Altså de bliver lidt fornærmede over, at hvis man ikke vil have det der stykke lagkage, eller hvis man til en fødselsdag siger nej til alt, kan jeg få et glas vand? Ehmmm det synes jeg er irriterende.” (fra interview 6).

I citatet udtrykker borgeren ubehaget, der kan opstå i forlængelse af de kulturelle normer, der finder sted i sociale sammenkomster, hvor det forventes, at man opfører sig efter bestemte mønstre. Det vil sige at det kan være svært, at tage de sunde valg. I dette tilfælde udtrykker borgeren yderligere, at hun nogle gange kan holde fast og sige nej, mens hun andre gange tager imod det stykke kage for at følge normen og ”... jeg fortryder det jo med det samme, at jeg har gjort det.” (fra interview 6), hvilket understreger, at det sociale har en rolle. En anden håndterer betingelsen med at indgå i fællesskabet ved:

”Hvis jeg får et stykke kage til en børnefødselsdag, så spiser jeg det stykke kage, det gør jeg da. Men nu har jeg også indblik i, hvordan jeg skal spise. Når man sidder ved et bord fx, så skal man måske i stedet for køre fx tænke på, at min sidemakker skal være færdig før mig. Det er jo en god motivation. For så spiser jeg ikke, før han er færdig.” (fra interview 3)

For at indgå i fællesskabet har borgeren her udviklet en taktik for at spise langsommere og dermed begrænse sit indtag, men samtidig være med i fællesskabet.

Der kan som familiesammenkomster ligeledes være kulturelle betingelser på arbejdspladsen, som påvirker den enkeltes integrering af Tjek på Vægten i hverdagen. De identificerede situationer fra arbejdspladsen i interviewene vil blive gennemgået i det følgende.

5.2.2.3.1 Arbejdspladsen som en kulturel betingelse

Betingelserne på arbejdspladsen kan både være fremmende og hæmmende for integreringen af de nye vaner i hverdagen. Ud fra de alt syv borgere giver tre af dem udtryk for en støttende arbejdsplads i forhold til integrering af de nye vaner i hverdagen. Derimod oplever to af borgerne, at arbejdspladsen ikke har været særlig støttende eller relevant i perioden, hvorimod arbejdet ikke har været en relevant faktor for de resterende to borgere, da de er førtidspensionister. I det følgende gives der først eksempler fra borgerne, der fortæller om arbejdspladsen som støttende i perioden. Det følgende citat fortæller, hvordan arbejdspladsen, som i dette tilfælde er et kontor i kommunen, støtter op omkring borgerens valg om sundere vaner i hverdagen

”Fordi vi har en kageordningen nede på arbejdet. Ehmm. En gang om måneden. Det havde man engang hver uge, men så er det blevet sat ned til én gang om måneden. Og når, når man siger nej. Så er det ikke sådan noget med ej okay kom nu. Det har de ikke gjort.” (fra interview 2).

Kageordningen på arbejdspladsen er normalt noget medarbejderne er sociale og fælles om, og det ses i citatet, at det også er i orden at takke nej til kage. Det kan indikere, at kollegaerne støtter op om borgernes valg om en sundere livstil. For en anden borger er arbejdspladsen ligeledes en fremmende faktor, idet kollegaerne udover at være interesserede i, hvordan det går med ham: *”...de er jo lige så meget, hvad hedder det [...] engagerede, som jeg var. Ja. For at vide om det går, som jeg vil have det.”* (fra interview 1). Herudover støtter kollegaerne borgeren i at dyrke motion. Det ses ved, at værkføreren eksempelvis tegner borgerens ruter til hans gåture i fritiden. På borgerens arbejdsplads er der samtidig en øget fokus på motion og sundhed, hvor der ligeledes er startet et nyt tiltag op, hvor medarbejderne kan melde sig til forskellige hold *”Ja vi har noget på arbejdet sådan med motion, hvor det badminton og sportsgrene og sådan noget man kunne gå til.”* (fra interview 1).

For de to borgere, hvor arbejdspladsen enten virkede hæmmende eller ikke var relevant gælder det, at borgeren fra interview 4 eksempelvis valgte ikke at inddrage arbejdet, fordi *"Jamen arbejdet.. det har jeg ikke sagt. Jeg har sådan et arbejde, hvor jeg selv passer mig, mine tider er meget fleksible osv. så der har jeg ikke sagt det"* (fra interview 4) og derfor ikke har tæt kontakt til kollegaer.

5.2.2.4 Familiens rolle

Familien bliver i de fleste interviews omtalt som en betingelse, der støtter den enkelte i integrering af Tjek på Vægten i hverdagen, idet seks borgere giver udtryk for en positiv støtte. Dog har en enkel borger valgt ikke at inddrage familien *"Min familie og venner var mere i baggrunden, og så tog jeg tingene på egen hånd."* (fra interview 3), fordi han følte, at han selv kunne klare det. De resterende får som regel støtte af familie eller bekendte, der følger med i udviklingen, og de virker ligeså *"engagerede som dem"* (fra interview 1). Nogle gange er partneren den, der støtter én ved at minde om at spise: *"Altså min mand, han er blevet bedre til at sige til mig, at jeg skal spise noget og til at hjælpe mig med at finde noget, så jeg ikke spiser det samme hverdag ikkå."* (fra interview 7) og andre gange er vedkommende den, borgeren integrerer viden fra Tjek på Vægten sammen med i hverdagen

"Og jeg ved da også at mine forældre synes, at vi var mega seje. Jeg tror, det har gjort rigtig meget, at vi var to, der have den samme mission. Altså hvor jeg. Jeg kan huske, jeg var heroppe [...], hvor de sagde prøv at gå hjem og skriv, hvor meget I spiser. Der inddrogede jeg ham med det samme. Hvor man kan sige, at vi var to der gjorde det samme, og det gjorde, at du fik den der ekstra motivation, og du fik den der sparring med det, det betyder altså rigtig meget, at du ikke er alene med det." (fra interview 5)

Borgeren udtrykker i denne sammenhæng vigtigheden af at være to om at integrere viden fra forløbet i hverdagen, fordi det yderligere motiverer til adfærdsændring. Citatet viser yderligere, at borgeren får støtte fra forældrene, der bakker op omkring valget og succesen opnået heraf.

Som familien påvirker borgerne, bliver de også påvirket mod bedre sundhed i perioden, hvor borgeren forsøger at integrere Tjek på Vægten i hverdagen. Alle seks borgere, hvor familien på en eller anden måde er inddraget, har mere eller mindre påvirket dem i enten deres kost- eller motionsvaner. Herunder udtrykker to af

borgerne tydeligt, hvordan de ønsker, at deres børn ændrer adfærd og bliver påvirket til en sundere livsstil. I det følgende eksempel taler borgeren om, hvordan hendes mand og datter også er blevet meldt til fitness-center umiddelbart efter hendes tilmelding. Hun oplever dog, at det er svært at få datteren til at motionere mere.

”Der kan jeg i hvert fald mærke, at jeg mere præger hende... forsøger, end før. Jeg siger kom nu Marie det er fandeme sundt det her, det kan ikke nytte noget, at du sidder foran den computer hele tiden, men jeg kan, du kan ikke. En på 19, der ikke selv vil, det kan du ikke, du kan sparke hende af sted, hvis hun ikke selv vil vel. Så hende kan jeg ikke overbevise om, hvor sundt det er, at man motionerer og hvor godt man får det, og der udskiller sig nogle hormoner i hjernen (trækker ordet ud og smiler og peger på hovedet) – vi smågriner. Det kan jeg ikke få overbevist hende om.” (fra interview 6)

Borgeren fra interview 4 udtrykker denne påvirkning ved at fortælle, at hun sparrer meget sammen med sønnen, der ligeledes også er blevet sundere.

”Ja så han er....han falder selvfølgelig også i ligesom mig og drikker cola og alt det der, men han er faktisk blevet meget mere sund synes jeg. Han tænker i hvert fald over at være sund og dyrke noget motion og sådan noget, ja” (fra interview 4)

Med disse eksempler konstateres det, at selvom, der er tale om store børn i familien præger deltagelsen i Tjek på Vægten ligeledes dem, hvor der i disse tilfælde er tale om mødre, der motiverer deres børn mod sundere kost- og motionsvaner.

5.2.3 Hverdagslivskræfter

Hverdagslivskræfter, som er individets handlekraft, dækker over borgernes potentiale til forandring trods orden, vaner og rutiner i hverdagen (59). Hverdagslivskræfter træder i kraft, når individet forholder sig til noget for at skabe mening eller for at opnå kontrol med hverdagen og tilværelsen, og det ikke bare lever for at leve (59). Hverdagslivskræfterne er psykosociale ressourcer, der udspringer af mellem menneskelige relationer ved en kropslig og emotionel kontakt til andre mennesker (59). Der er tale om det at forholde sig aktivt til noget og gøre det, der giver mening for at opnå et mål, idet *“De udvikles, når vi forholder os til noget, når vi tager stilling til noget, og når vi tror på, at det vi gør eller vil gøre, har en mening”* (59).

Under analysen blev hverdagslivskræfter identificeret i alle interviewene og i de fleste tilfælde i borgernes udtalelser omkring begrundelsen for eller intentionen med at deltage i Tjek på Vægten, idet de i disse sammenhænge gav udtryk for behovet for at skabe mening med hverdagen og forandre den. Hos borgeren i interview 1 er det ønsket om at opnå kontrol med hverdagen, hvor *"...der skulle jo gøres et eller andet, og det gjorde vi så."* Det er hans iboende evne til at ændre på tilværelsen *"Ja, at jeg blev vejret ja, at den sagde 130, ja. Der skulle jo gøres noget, der måtte gøres noget."* Han beskriver denne handling ved at *"det var bare noget, jeg kastede mig ud i"* (fra interview 1). For borgeren her er det yderligere vigtigt at påpege, at der er hans egen beslutning *"Ja og det er mit eget valg,"* idet dette italesættes af ham flere gange under interviewet (fra interview 1). Ved helbredstjekket blev det klart for ham, at han skulle bruge sin handlekraft og ændre sin livsstil. En anden borger begrundede deltagelsen i forløbet med:

"Grunden til at jeg valgte at deltage var fordi, jeg gerne vil tabe mig. Og komme i bedre form og få nogle sundere vaner og få det implementeret. Jeg kender jo alle de regler, man skal gøre ikk også. Men for måske, at få sat et skub på og sagde at nu, nu skal det være. Ja nu skal det være. Men som du også kan se, så er det ikke lykket." (fra interview 2)

Trods hendes tanker med en ikke fuldført mission, var intentionen for denne borger ligeledes at få skabt en forandring i tilværelsen. Det følgende er et andet uddrag, der ligeledes viser, at hverdagslivskræfter indtræder, når borgerne vil have kontrol over tilværelsen. Borgeren har i dette tilfælde besluttet at deltage i Tjek på Vægten med intentionen om at skabe forandring i tilværelsen:

"Og hver gang man gik ned i en butik, så synes man, at når man holdte den der op, og når man fik den ind i prøverummet... nej det her går altså bare ikke det her. [...] Så tænkte jeg: det er min chance, for at jeg kan gøre noget ved det. Og det hjalp mig simpelthen bare, det gjorde det. [...] Så i stedet for at fortsætte, har jeg, gjorde jeg faktisk noget ved det." (fra interview 5)

Tilbuddet bliver her set som den sidste chance for at opnå kontrol med livet igen og for at forandre vægten, som borgeren ikke er tilfreds med.

Et afgørende element for at realisere hverdagslivskræfterne er oplevelsen af mening, fordi de udvikles, når det, man gør, opleves som meningsfyldt (59). Borgerne, der har deltaget i Tjek på Vægten, skal opleve tilbuddet som meningsgivende og positivt, før de kan kombinere hverdagslivskræfterne med en handlekraft, der kan realisere

forandringen. Tjek på Vægten blev af samtlige borgere udtrykt som et positivt og godt tilbud ved eksempelvis udtalelser som: *"Så altså man kan sige til folk, der får sådan et tilbud, man kan sige de skal tage imod. Det er det bedste, man kan gøre."* (fra interview 1) og *"Jeg synes jo, at det er pissegodt tilbud, man får..."* (fra interview 6). Hermed kan der argumenteres for, at der var tale om en positiv oplevelse af tilbuddet, der gav mening for borgerne. Yderligere kan hverdagslivskræfter realiseres ved adgang til redskaber og større/mere viden (59), som Tjek på Vægten giver borgerne. Integreringen af tilbuddet i hverdagen kan herudfra også tilskrives borgernes positive oplevelse af indholdet og budskabet i Tjek på Vægten.

Ifølge Bech-Jørgensen kan man dog ikke forbedre andre menneskers liv udefra, idet individer selv skaber deres hverdagsliv indenfor de betingelser, som de er underlagt (76). I denne sammenhæng ses Tjek på Vægten som det tilbud, der giver borgerne viden og redskaber til at ændre deres livsstil, og det er individet selv, der gennem sin håndtering gen- og omskaber hverdagen. Dog er det som beskrevet under afsnittet 2.5.5 sådan, at både betingelserne og håndteringerne heraf er underlagt nogle sociale og kulturelle forhold (59,76).

5.2.3.1 Viljestyrke

Med hverdagslivskræfter og måden, de kommer til udtryk på i interviewene, medfølger "viljestyrke" som et tema, der er fremfundet ved den induktive tilgang i analysen. Dette tema vil i det følgende blive gennemgået som et tema i forlængelse af hverdagslivskræfter, fordi det har været gennemgående i alle interviews, hvor borgerne udtrykker viljestyrke som afgørende element i en mulig integrering af Tjek på Vægten i hverdagen.

Borgeren fra interview 1 udtrykker det således: *"Jeg siger, det er let nok hvis man har styrke og vilje, og man tænker på, hvad man stopper i munden. Så går det af sig selv. Og at man får den motion."* Det var tydeligt, at integreringen af viden fra forløbet i form af bedre kost og motionsvaner har bidraget med selvstændighed og autonomi for borgeren, idet han fortæller: *"Efter at jeg har lagt livet, min livsstil om. Jeg har vel taget styringen i mit liv, jeg lader ikke andre styre mig"* (fra interview 1). Ligeledes udtrykker borger 3 vigtigheden af at ville noget: *"Men ja man kan. Hvis viljestyrken og stædigheden er der, kan man."* eller *"...men man kan godt, når man vil. Det er viljestyrken det handler om."* (fra interview 3). Borgeren i dette interview var særlig

optaget af viljen, idet han synes, at alle kan gøre det, som de ønsker, bare viljen er der:

”Men, men viljestyrken det skal man bare have, alle kan. Det kan være svært for mange, men man skal også bare komme i gang, og prøve at tage det man kan. For når først man har tabt sig nogle kg, så er der nemmere i løbet af dagen.” (fra interview 3)

For borgeren fra interview 5, som kalder viljestyrken for den indstilling, som man har for at opnå målet med at integrere tilbuddet i hverdagen for derved at opnå den ønskede vægt eller sundere livsstil:

”Nej, det er ikke nemt. Men igen indstilling til det og hvad er det jeg gerne vil. Hvis det er det jeg vil, så er det det jeg skal. Og hvis jeg ikke kan det, så kan jeg lige så godt lade vær. [...] Det er det jeg vil, og så går jeg efter målet. Det er sådan type er jeg lidt, hvis jeg sætter noget i hovedet, så er det det, jeg gør. Og så nytter det måske ikke at gøre noget halvt.” (fra interview 5).

Dette er ligeledes et udtryk for kvindens iboende hverdagslivskraft, der omdannes til handlekraft i hverdagen.

Viljestyrke har været gennemgående tema for borgerne, der ser det som et afgørende element for overhovedet at være i stand til at ændre sine vaner og livsstil, ikke nok med, at det er gennemgående for dem alle, at alle mennesker vil kunne være i stand til at gøre en forskel - bare viljestyrken er der.

5.2.4 Mere selvtillid

Et andet induktivt fremkommet tema ved interviewene er oplevelsen af mere selvtillid hos borgerne. Der er i alt fem ud af syv borgere, der giver udtryk for glæden ved at se fysiske ændringer ved udseendet i form af udsynet foran spejlet og den ekstra selvtillid, det giver. Borgeren fra interview 1 udtrykker, at det er svært for ham at tro, at han er nået til det punkt, som han er i nu:

”Før det havde jeg aldrig forestillet mig, at det vil skulle blive, som det var. Når jeg ser et billede af mig selv førhen, og ser på mig selv nu. Jeg bliver helt bange af at se mig selv (hehehe, vi griner lidt). [...] ”Jeg er jo helt chokeret. Jeg tør næsten ikke at tænke på det. Folk de kigger på mig, de siger, du går hen og bliver en flot fyr. Alle pigerne over på arbejde siger pas nu på vi ikke render efter dig, og jeg siger, jeg render stærkere end jer! (stolt) jeg har et kondital på 180 tror jeg.” (fra interview 1)

sig lige noget om det her – afsluttende

En anden borger udtrykker en øget selvtillid som ”mere positiv indstilling”, samt at han er blevet mere frisk og glad efter at have deltaget i forløbet. Han er begyndt at integrere den i hverdagen og ser resultater i form af vægttab:

”Ja, det har givet mig meget mere ehmm.. positiv indstilling. Der var mange ting, jeg ikke kunne før, fordi jeg var lidt stor ikk ehmm... og det kan jeg nu. Det giver så lidt mere... at jeg får mere... altså selvtillid, det har jeg altid haft, men man bliver lidt mere glad og lidt mere frisk. Jeg kunne fx ikke sove på maven eller bukke mig, og det kan jeg nu.” (fra interview 3)

Ligeledes udtrykker han *”Det har ændret mig fuldstændig, fuldstændig* (bevidst gentagelse med tryk). *Der er mange ting, jeg ikke kunne før, og det kan jeg jo nu ikk også. Og det er jo fantastisk.”* (fra interview 3).

Både de fysiske og de psykiske ændringer som indtræder med tiden giver borgerne en anden glæde og tro på sig selv, som kommer til udtryk på forskellig vis. Det følgende er et eksempel på en borger, der udtrykker, at det at have tabt sig giver en hel anden glæde og motivation, især når andre ligger mærke til ændringen og kommer med komplimenter:

”Man er jo ikke glad når man går halvbuttet, eller tyk var jeg jo faktisk, jeg havde jo et BMI over, hvad fanden var det? [...] Så er man bare ikke glad, det er man bare ikke altså [...]. Så det har jo selvfølgelig gjort det store indvirkning på mit liv, ja selvfølgelig har det det. Og også når man fik tabt sig rigtig meget, hvor sådan når man kom ud, hvor jeg kom ud til butikken ej man x, du ser bare godt ud mand, skidegodt. Så får man den ekstra motivation til, at det faktisk kan betale sig at knokle videre ikk?” (fra interview 5).

Ud fra både citatet for oven og generelt ud fra interviewet konstateres, at udseende er et vigtigt forhold, der påvirker borgerens selvtillid. Hendes arbejde har en stor rolle herfor, idet det er baseret på skønhed og make-up og er meget udseende fikseret, hvilket også kommer til udtryk i citatet, hvor hun gør det klart, at man som *”halvbuttet”* bare ikke er glad *”...det er man bare ikke på samme måde.*

En anden borger nævner, at det, udover bedre sundhed som er primærmål, også giver selvtillid og mulighed for at passe noget andet tøj:

”...Ehmmm ikk, mest fordi jeg tænker sundhed lige nu, da jeg var yngre, der skulle jeg score og så skulle jeg tabe mig. Nu tænker jeg, jeg har jo den mand jeg skal have, og ham har jeg haft i 10 år. Han synes, det er okay, at jeg vejer for

meget, men det er for min sundheds skyld, at jeg tænker, at man skal tabe sig, og så får man det også bare bedre med selvtillid og alt muligt ikk? Og så kan man passe noget andet tøj.” (fra interview 6)

Som ekstra bonus føler hun, at man bare får det bedre med selvtilliden, og som hun udtrykker det - bedre med ”*alt muligt*”. Så det er ikke kun helbredet, der bliver påvirket, men hele hendes liv.

5.2.5 Health literacy

I dette afsnit forsøges den anden del af problemformuleringen, som forsøger at undersøge om indsatsen bidrager til bedre sundhedskompetencer hos målgruppen, at blive besvaret. Jævnfør afsnit 3.1 med begrebsafklaring er det den sundhedsfremmeorienterede definition af *health literacy*, der er brugt i opgaven. Herved var formålet at undersøge den viden og de konkrete redskaber, som Tjek på Vægten har givet borgerne og dermed bidraget til bedre sundhedskompetencer. Ud fra dette har der i analysen ligeledes været fokus på, hvordan borgerne eksempelvis varetager egen sundhed ved forskellige metoder og tilgange til at opnå og bruge viden. I den følgende gennemgang må der tages forbehold for, at *health literacy* ikke har en stor tyngde i materialet, idet spørgsmålene blev besvaret kort og ikke uddybet særlig meget af de fleste deltagere.

5.2.5.1 Health literacy niveauer

Der er på baggrund af analysen lavet en analyse af borgernes *health literacy* ud fra deres udtalelser, der primært har omhandlet deres metoder til at tilegne viden og overføre disse til hverdagen.

Hos borgeren i interview 3 blev det tydeligt, at han brugte forskellige metoder til at opnå viden og generelt gjorde brug af forskellige kilder til at tage vare på egen sundhed. Flere steder igennem interviewet sås det, at han beskrev situationer, der gav udtryk for hans *health literacy*. Eksempelvis da han fortalte om problemet med ryggen, hvor han, som han selv udtrykte: ”*har fået bekræftet*”, at der for eksempel ikke var en diskusprolaps på vej. Han beskrev en god kommunikation med de sundhedsprofessionelle, hvor han havde besøgt forskellige sundhedsprofessionelle med lidelsen og havde undersøgt diverse mulige grunde til det. Borgeren var meget bevidst om problemet, herunder hvad der skulle til for at kunne komme igennem dagen. I forhold til information om sundhed mente han, at man skulle merge forskellig viden og var bevidst på, at alle havde forskellige behov:

”Det er derfor der er så mange forskellige ting at gøre tingene på. Det er så mange ja, slankekur osv. det er det at man skal prøve nogle forskellige ting af og se hvad der egentlig virker for en selv... Så det er individuelt det hele.” (fra interview 3).

Derudover er han en person, der gav udtryk for at undersøge og læse meget om sundhed *”Jeg har læst en masse ting eller set en masse programmer”*, hvor han brugte viden fra eksempelvis artikler og havde prøvet at overføre det på eget liv:

”Jeg har læst en artikel, af diætister fra England tror jeg det. De siger, at man skal have protein om morgenen. Og så tænker jeg. Jeg spiser fire knækbrød med ost og to kogte æg, og det giver jo god energi. Og det er bare et forsøg jeg gør... Det er nogle ting jeg lige prøver af. Før var det mysli og mælk uden sukker.” (fra interview 3)

Borgeren anvendte viden fra diverse artikler og undersøgelser til at afprøve i sin hverdag for derved at finde en metode, der virkede for ham.

Interviewet med denne borger, der bar præg af hans oplevelser med sundhedsprofessionelle samt diverse kilder, som han havde anvendt til at opnå forskellig viden til livsstilsændringen, har indikeret en tilnærmelsesvis høj *health literacy* niveau. I de andre interviewes har borgerne ikke uddybet spørgsmålene vedrørende *health literacy*, hvorfor det blev sværere at anvende begrebet som teoretisk ramme.

Borgerne i de resterende seks interviews følte enten, at spørgsmålene ikke var relevante eller ikke ville uddybe/tale mere om dem, hvorfor de kom med korte kommentarer, og samtalen fortsatte til et andet emne.

Det var fem af borgerne, der mente, at de var blevet bedre til at sortere i sundhedsinformationer fra diverse kanaler efter forløbet, hvor to af borgerne gav nogle meget korte svar: *”Ja det er jeg, det er jeg”* (fra interview 7) uden at uddybe det yderligere, hvorfor det blev svært at fortolke på deres *health literacy*. De tre andre borgere, der ligeledes følte, at der var sket en forbedring havde forskellige udtalelser herom. Én af dem gav udtryk for, at forløbet havde bidraget til at være i stand til at bestemme relevansen af informationer: *”Ja altså jeg synes vi generelt har fået nogle informationer som gør, at man kan godt se at mange af de ting, der dukker op på Facebook og sådan noget, at det kan man ikke bruge til noget”* (fra interview 4). Denne borger brugte viden fra forløbet og var opmærksom herpå, men samtalen var

ikke dyb nok til at analysere på hendes *health literacy*. Borgeren fra interview 6 gav udtryk for, at det kunne være meget forvirrende med al den information, man fik:

”Og jeg læser det jo og jeg ser de der før og nu billeder og folk stiller spørgsmål, men jeg synes det er en jungle og det er forvirrende. Så jeg tror bare jeg sådan i mit hoved har den der små skridt, små skridt (bekræftende).”

(fra interview 6).

Citatet viser, at viden fra forløbet og de dertilhørende redskaber som små-skridt tilgangen hjalp hende videre i situationer med forvirring og stress. Den sidste af de fem borgere, der udtrykte en forbedring, følte ikke spørgsmålet relevant for ham, idet han:

”Nu, nu, det går jeg ikke så meget op i. Jeg ved jo, hvordan jeg lever mit liv. hvad de skriver i avisen siger i fjernsynet må de slev om. Det går jeg ikke så meget op i [...] jeg har jo fået det, jeg har brug for” (fra interview 1).

Han har lukket alt andet end forløbet ude og mente ikke, at det var nødvendigt med yderligere viden. Ligeledes har borgeren fra interview 5 vurderet, at hun ikke behøvede andet viden end den tilegnet gennem forløbet. Efter en gennemgang af datamaterialet blev det vurderet, at borgeren havde misforstået spørgsmålet med *health literacy*, fordi hun lød til at forstå det som hendes forhold til reklamer og virkningen heraf, hvor hun fortalte:

”Jamen jeg bruger det ikke, altså ift. jeg bruger aldrig den viden til noget. Hvis du ikke er motiveret for det, så glem det. altså om de skriver at du skal skrive et eller andet nupo bar, jamen og? Det er ikke det der preller af på mig. Det er overhovedet ikke det, der påvirker mig. Det er din egen indstilling og din egen sunde fornuft til, at du kan få det til at gennemføre, det kan en reklame ikke.” (fra interview 5).

Med hendes fokus på reklamer som informationskilde var hun kritisk overfor disse og fremhævede vigtigheden af den enkeltes indstilling og egen sunde fornuft.

Samlet set kan det vurderes, at *health literacy* ikke er et begreb, der fylder meget i datamaterialet. Dette kan skyldes, at det ikke uddybes tilstrækkeligt i interviewene til at give nok information om forløbets bidrag. Yderligere kan det være svært at gennemskue, hvorvidt det er forløbet, der bidrager til borgernes forbedrede håndtering af sundhedsinformation eller om, det er information fra diverse kilder, som tv’et, avisen eller internettet. Endvidere er *health literacy* ikke et statisk men et dynamisk

begreb, hvorfor den enkeltes *health literacy* niveau kan ændre sig med tiden og blive påvirket af flere forhold.

5.3 Sammenfatning af resultater fra analysen

Ved analysen af datamaterialet blev hverdagslivsteorien af Bech-Jørgensen samt *health literacy* begrebet af Nutbeam brugt som teoretisk ramme. Yderligere er der identificeret temaer ved den induktive tilgang. Fokus har været på de gennemgribende temaer i datamaterialet i forsøget på at lade interviewene styre analysen fremfor teorien.

Sammenfattende ses det, at borgerne har udviklet forskellige taktikker til at håndtere hverdagens betingelser. Herunder er konkrete redskaber, der blev tilegnet gennem forløbet taget i anvendelse, såsom portionsstørrelser og små-skridt tilgangen til ændring af vaner. Motion blev inddraget forskelligt, hvor nogle allerede var vant til at dyrke motion og blot skulle 'skubbes i den rigtige retning', mens andre fandt glæden ved den efter deltagelsen i forløbet. Herudover viste analysen, at det sociale og kulturelle har en afgørende rolle i integreringen af forløbet i hverdagen, hvor kulturelle normer i fællesskaberne kan være svære at bryde igennem. Yderligere kan det vurderes, at *health literacy* ikke er et begreb, der fylder meget i datamaterialet, hvilket kan skyldes, at det ikke uddybes tilstrækkeligt til at give nok information om forløbets bidrag. Endvidere kan det siges, at succes opfattes som indtræden af vægttab for mange af borgerne, hvilket giver udtryk, for at kvantitative mål stadig fylder meget for dem, selvom forløbet gør det klart, at det er livsstilsændringen, der er i fokus.

6 Diskussion

I denne del af opgaven bliver specialets resultater og metoder diskuteret. Til at starte med bliver analysens resultater sammenholdt med relevant litteratur, herunder studier fra litteratursøgningen. Herefter følger afsnittet, hvor opgavens metoder bliver diskuteret i relation til anvendt teori samt metoder og tilgange i interviewundersøgelsen.

6.1 Diskussion af resultater

I det følgende diskuteres resultaterne fra analysen med henblik på undersøgelsens eksterne validitet, hvor overførbareheden og relevansen af de fremfundne temaer og forhold blandt andet diskuteres. Ligeledes diskuteres ansvar i forbindelse med sundhed, hvor anvendt teori ligeledes inddrages.

6.1.1 Resultaternes overførbarehed

I dette afsnit diskuteres interviewundersøgelsens fund i forhold til resultatet af den systematiske litteratursøgning, for derved at foretage en vurdering af, hvorvidt specialets undersøgelse har bidraget til yderligere viden om udbytte af forebyggende indsatser. Hermed er formålet med dette afsnit at afdække ligheder og forskelle mellem specialets empiri og eksisterende viden fra litteraturen.

Analysen af datamaterialet i specialet har vist, at borgerne har forskellige metoder til at håndtere hverdagens betingelser i deres forsøg på at integrere Tjek på Vægten i hverdagen. Det ses, at flere af borgerne har haft en succesoplevelse med at integrere viden fra tilbuddet i hverdagen. Herunder har borgerne givet udtryk for at praktiske forhold er nemmere at integrere som eksempelvis portionsstørrelsen eller små-skridt tilgangen til livsstilsændringen. Dernæst blev motion inddraget forskelligt, hvor nogle allerede er vant til at dyrke motion og blot skulle 'skubbes i den rigtige retning', mens andre har fundet glæden ved det efter forløbet.

Undersøgelsen er kommet frem til resultater, der til en vis grad genfindes i studierne fra den systematiske litteratursøgning. I forlængelse heraf genfindes resultaterne omkring borgernes oplevelse af kontrol med hverdagen samt mere motivation og 'at være glad foran spejlet' i tre af studierne (50,51,53). De praktiske ting fra forløbet, som borgerne har haft lettere ved at gøre til en del af hverdagen, er ligeledes emner,

som deltagerne fra studierne har talt om (50,53). Eksempelvis er konkrete redskaber ligeledes berørt i analysen i studiet af Ljung et al.: *"Using simple tools, such as pedometers and meal planning forms, was also perceived as an easy way to measure improvement, enhance motivation, and reinforce the feeling of being in control."* (50). Herudover er forholdene, der i analysen er identificeret som hverdagslivskræfter, ligeledes afspejlet i et studie, hvor deltagernes lyst til at skabe forandring i hverdagen motiverer deres deltagelse i indsatsen (53).

Ligeledes genfindes udtalelser som oplevelsen af tiden efterfølgende som mere eller mindre succesfuld. Eksempelvis kan udtalelser om at opleve mindre succes, ligesom borger to og fire fra denne undersøgelse, genfindes i studiet af Chang et al., hvor en deltager beskriver, at dårlige vaner kan være meget svære at ændre på: *"Some bad habits are extremely hard to break."* (53). Opmærksomhed på kost og motion og den forbindelse eget helbred er ligeledes genfundet i to andre studier, hvor de forebyggende indsatser beskrives som øjenåbnere for deltager, der gøres opmærksom på evnen til at være i stand til at forebygge sygdomme eller ændre sin livsstil (51,52).

Generelt afspejles tilgangen i specialet ikke i litteraturen, men ved fremfundne litteratur genfindes resultaterne fra undersøgelsen. I forhold til relevans af de opnåede resultater ved analysen, kan det ud fra resultat afsnittet vurderes, at undersøgelsen bidrager med viden om de forskellige metoder til håndtering af hverdagens betingelser, herunder de taktikker, som den enkelte udvikler, hvor der yderligere er et fokus på de kulturelle og sociale sammenhænge, som den enkelte er underlagt. Yderligere repræsenterer denne opgave sammenhængen i en dansk kontekst, som studierne fra litteratursøgningen ikke har omhandlet. Således lægges der en anden vinkel på udbytte ved at inddrage og fokusere på hverdagslivet, hvorfor undersøgelsen vurderes som relevant i en større kontekst.

Sammenholdt med studierne fra litteratursøgningen bidrager undersøgelsen ligeledes med en vinkel på påvirkning af familie og omkreds ved at se på, hvordan forløbet har haft betydning for borgerens pårørende og familie. Dette er samtidig berørt i begrænset omfang i studierne fra den systematiske litteratursøgningen. I forlængelse af dette kan det også diskuteres, hvorvidt borgernes familie og pårørende har haft effekt af forløbet. Den manglende fokus på det sociale aspekt i de fremfundne studier fra litteratursøgningen begrænser dog en sammenligning af dette forhold. Af analysen

fremgår det, at det sociale viser sig at have en betydning for den enkeltes sundhed. I det følgende vil litteratur på området blive sammendraget med undersøgelsens fund for at diskutere, hvorvidt sundhed kan ses som den enkeltes ansvar.

6.1.2 Ansvar for sundhed

Den føromtalte (jævnfør afsnit 1.6) distinktion i litteraturen mellem et at se sundhed som den enkeltes versus et af samfundet betinget forhold, hvor individers valg er påvirket af deres ressourcer og sociale identitet, vil blive berørt i det følgende, hvor dette forhold diskuteres ved sammenhold af litteratursøgningens studier med nærværende undersøgelse.

Upåagtede aktiviteter kommer ifølge hverdagslivsteorien fra et lager af selvfølgelig viden, der er socialt og kulturelt videregivet via socialiseringsprocesser fra tidligere generationer (59). Således er der altså tale om social arv af selvfølgeligheder, som videre får betydning for den enkeltes egen symbolske orden af selvfølgeligheder. På denne måde har social arv ligeledes betydning for oplevelsen af integreringen af forløbet i hverdagen ligesom det har betydning i en uddybning af de sociale forhold. Analysen i denne opgave berører det sociale aspekt i form af håndteringer af de forskellige sociale og kulturelle betingelser samt påvirkning af de næste generationer i form af præg af børn, men udfolder dette ikke yderligere, hvorfor den kan kritiseres for at være mangelful til at belyse forholdet med social arv og dermed være snæver i sit fokus.

Under analysen blev der anvendt den del af Bech-Jørgensens teori, der beskriver, at man ikke kan forbedre andre menneskers liv, da disse individer selv skaber deres hverdagsliv under de betingelser, som de er underlagt (76). Med dette betegner teorien livsstil og dermed sundhed som værende den enkeltes anliggende, dog under dennes betingelser, hvori det sociale indgår. Hermed sagt, at individet selv styrer sit liv til en vis grad, idet denne er underlagt betingelser i samfundet og kulturen. Med den sociale fokus som eksempelvis borgernes kulturelle betingelser i analysen, bliver sociale forhold og livsstil som forankret heri afspejlet. På denne måde sås det, at de sociale har en betydning for den enkeltes sundhed og valg i hverdagen (85).

Aspektet med social arv genfindes i litteraturen i form af, at man ved forebyggende indsats kan opnå spillover effekt, fordi deltagerne vil påvirke sit sociale miljø og især familie (51,86,87). Ligeliges er der studier, hvor den enkeltes ansvar for sundhed

kortlægges ved at se på, om deltagerene får en dybere forståelse af eget ansvar for sundhed (50).

6.2 Diskussion af metoder

I dette afsnit bliver den metodologiske tilgang i opgaven diskuteret, hvor den teoretiske metode samt overvejelser i forhold til interviewdesignet bliver gennemgået. Afslutningsvis diskuteres de etiske overvejelser, der knytter sig til valgene.

6.2.1 Anvendelsen af hverdagslivsteorien på datamaterialet

Analysen har fokuseret på dele af hverdagslivsteorien, som Bech-Jørgensen især fremhæver i bogen *Når hver dag bliver til hverdag*, hvorfor nogle andre delelementer af teorien som eksempelvis 'påagtede aktiviteter' ikke fremgår som fokustemaer i analysen af interviewene. Yderligere er målet med forebyggende indsatser at præge målgruppen til en livsstilsændring, der indebærer integrering af nye vaner i hverdagen i form af upåagtede aktiviteter (88).

De punkter i interviewene, der identificeres som upåagtede aktiviteter er bestemt ud fra blandt andet det forhold, at der var tale om daglige aktiviteter, der fik indpas i hverdagen (59,76). Dog er et andet argument, at alle daglige aktiviteter ikke kan kategoriseres som upåagtede – de påagtede aktiviteter taget i betragtning. Disse er aktiviteter, der gøres af pligt og ikke selvfølgelighed. Der kan argumenteres for at påagtede aktiviteter er berørt i analysen under afsnit 5.2.2.1, hvor borgerenes håndtering af hverdagens betingelser er studeret og deres eksempelvis 'spare på kalorier' til weekendens aktiviteter identificeret. Dog har disse situationer vanemæssig præg hos deltagerne og virker mere som en gentagne selvfølgelighed, hvorfor de ikke kategoriseres som påagtede aktiviteter.

Yderligere har ønsket med analysen været at lade datamaterialet styre analysen, hvorfor økonomiske forhold i begrebet samfundsskabte institutioner eksempelvis ikke er berørt i analysen, fordi borgerne ikke har givet udtryk herfor. Dog har afstand til eksempelvis motionscenter været en faktor af betydning i interviewene, hvilket er medtaget i analysen som en betingelse, der kan påvirke den enkeltes integrering af motion i hverdagen.

I forbindelse med diskussion af analysen kan det tilføjes, at det er en svaghed ved analysen, at der kun er én, der gennemgår og analyserer datamaterialet, idet der kan forekomme elementer, der overses. Ved at være flere om analysen af datamaterialet kunne resultaterne heraf sammenlignes og konklusionerne dermed blive mere valide. Omvendt kunne flere personer om analysen skabe forvirring og rod i datamaterialet, idet der kunne fremkomme mange forskellige koder for samme passager, hvilke kunne være svære at blive enige om.

6.2.1.1 Denne undersøgelse er én måde at betragte problemstillingen

Jævnfør afsnit 4.2.1 anvendes teori i specialet til “at *indkredse og åbne feltet ved at bidrage med andre indfaldsvinkler*” (73). Det vil sige, at andre teorier også kunne bidrage med andre indfaldsvinkler på forebyggende indsatser, herunder Tjek på Vægten. Med brugen af hverdagslivsteorien samt begrebet *health literacy* kommer analysen uundgåeligt til at blive afgrænset, idet begreber og koncepter fra disse teorier netop har dannet rammerne for fokuset her. Således kan det diskuteres, hvorledes de valgte teorier er de mest oplagte til at belyse borgernes integrering af Tjek på Vægten i hverdagen samt deres sundhedskompetencers forbedring. Dog ville inddragelsen af et andet teorigrundlag resultere i en meget grundlæggende forskellig vinkling af problemstillingen i opgaven, og derfor også få betydning i forhold til afsættet i hverdagslivet. Det konkluderes derfor, at teoriens gyldighed knytter sig til tilgangen til problemstillingen, hvor forskellige valg vil føre til forskellige resultater, hvorfor forskellige tilgange vil være lige gyldige i forsøget på at besvare problemstillingen.

At borgerne har fundet forløbet meningsfyldt og væsentligt fremgår i analysen som et centralt aspekt i forhold til at mobilisere hverdagslivskræfter. Analysen har gjort det klart, at meningsskabelse – forstået som at se forløbet som meningsfuld – er en væsentlig faktor, der påvirker den enkeltes integrering af Tjek på Vægten i hverdagen. Det ses ved et væsentligt resultat fra interviewene, at alle deltagere udviser deres glæde ved at være med i forløbet og udtrykker det som værende et meget godt og relevant forløb. På trods af dette er det ikke alle borgere, der er succesfulde med deres implementering af forløbets redskaber i hverdagen. For tre af borgerne er det ikke lykkedes at ’implementere’ (fra interview 2) forløbet i hverdagen, selvom at disse borgere oplever den nye adfærd som værende meningsfuld. Dog skal det i denne sammenhæng nævnes, at teorien også peger på den sociale og kulturelle kontekst som

et element, der vil påvirke, hvordan borgeren skaber en hverdag (59), hvilket er viderebehandlet under analysen.

I denne opgave bruges Birthe Bech-Jørgensens hverdagslivsteori som den teoretiske ramme. Som udgangspunkt ville valg af andre teorier og begreber have ændret analysens udfald. På baggrund heraf vurderes det, at resultaterne fra denne analyse udgør et bud på at forstå resultaterne/udbyttet af forebyggende indsatser ved at se på, hvordan de integreres i den enkeltes hverdag, men er ikke et udtryk for den sande sammenhæng. Dog er det ved gennemsigtighed og begrundelser for de analytiske valg forsøgt at højne kvaliteten af analysen (77). Valget er yderligere taget på baggrund af den foretagne litteratursøgning, der har vist, at kvalitative studier på området ikke har hverdagslivsfokus, men snarere udelukkende undersøgelser af deltagernes oplevelser og erfaringer med indsatsen. De har derfor i større grad haft et evalueringsfokus. Dette speciale forsøger med den tilgang at bidrage med en ny vinkel på udbyttet ved at se på, hvordan deltagerne i tilbuddene efterfølgende integrerer forløbet i deres hverdag for hermed at se om effekten af forløbet er vedvarende og resulterer i en livsstilsændringen hos borgerne.

I denne sammenhæng kan det diskuteres, hvorvidt begrebet *health literacy* har været anvendelig i samspillet.

6.2.1.2 Health literacy og samspillet med hverdagslivsteorien

Formålet med at inddrage *health literacy* begrebet var for at undersøge om, Tjek på Vægten bidrager til bedre sundhedskompetencer hos borgerne, der har deltaget i forløbet. På denne måde har begrebet kunne bruges som en indikator for adfærdsændring og dermed supplere hverdagslivsteorien. Dog har dette ikke fungeret efter hensigten, da teorierne fokuserer på noget forskelligt og derfor ikke har suppleret hinanden. Dette er yderligere observeret ved gennemgang af udskriftet af interviewene, idet interviewerens hver gang hun kom til spørgsmålene vedrørende *health literacy* har kommenteret ”Ehh, jeg ved ikke, om jeg hopper lidt i det nu/hopper rund i det” i samtlige interviews. Dette er en stærk indikator for, at spørgsmål vedrørende *health literacy* hverken har passet ind i interviewsamtalen eller passet ind i sammenhængen. Valget med at inddrage begrebet vurderes derfor til ikke at have været det mest optimale. I forlængelse heraf kan der argumenteres for, at *health literacy* heller ikke falder naturligt ind i samtalen for forskeren, da det

forstyrrer samtalen, fordi der kommer et slags perspektivskift. *Health literacy* begrebet har i denne sammenhæng ikke været oplagt at bruge med hverdagslivsteorien, fordi det virker som om, den opsøger nogle andre svar, end hvad hverdagslivsteorien ligger op til i interviewene. Det vurderes at have været mere hensigtsmæssig at bruge en anden teori frem for *health literacy* eller at anvende hverdagslivsteorien alene, idet sidstnævnte vurderes som fyldestgørende.

En forklaring på årsagen til at *health literacy* virker som et påduttet begreb, kan være måden begrebet anvendes på i interviewene. *Health literacy* blev ikke nok uddybet i interviewene til, at det kunne give mere information om forløbets bidrag til borgerne, fordi hverdagslivsteorien var primær fokus. Herved er det mere anvendelsen af begrebet i praksis, der besværliggør begrebets samspil med hverdagslivsteorien. En anden anvendelse af *health literacy*, som kunne være mere hensigtsmæssig, ville være at måle borgernes *health literacy* ved at sende et spørgeskema ud sammen med invitationsbrevet, som de kunne udfylde, inden de mødte op til interviewet. På denne måde kunne man i interviewet fokusere på deres hverdag ved at inddrage temaer fra hverdagslivsteorien. Dog kunne måling af *health literacy* ved spørgeskema indeholde konkrete spørgsmål og samtidig repræsentere den mere medicinske definition af begrebet, der fokuserer mere på eksempelvis læge/patient-forhold.

Selvom borgerne reflekterer over forløbet og giver måske udtryk, for at det har bidraget til deres sundhedskompetencer, berøres deres kompetencer ved interviewtidspunktet, der umiddelbart ikke svarer til niveauet efter forløbet. Det er vigtigt at tage i betragtning, at *health literacy* ikke er en statisk størrelse – altså er den enkelte borgers sundhedskompetencer hele tiden under forandring (89).

Inddragelsen af teori i interviewguiden vurderes generelt som at have kvalificeret spørgsmålene i forhold til at afdække viden om, hvorvidt borgerne realiserer at integrere Tjek på Vægten i hverdagen. Interviewguidens spørgsmål vedrørende *health literacy* vurderes derimod ikke som relevante i sammenhæng med hverdagslivsteorien, da det ikke kommer i en naturlig forlængelse heraf. Der kan derfor argumenteres for, at *health literacy* og hverdagslivsteorien er teorier, der har svært ved at spille sammen i praksis, fordi hverdagslivsteorien er en mere sociologisk teori, hvorimod *health literacy* kan have et mere medicinsk sigte.

6.2.2 Rekruttering af borgerne

Da rekruttering af borgere til interviewene, som omtalt under afsnit 4.3.1.1, har været lidt udfordrende, vil nogle forhold af betydning i denne sammenhæng blive diskuteret i det følgende.

En årsag til at nogle inviterede borgere ikke ønsker at deltage, kan skyldes, at det er lang tid siden, de har været med i forløbet, hvorfor de ikke oplever et lige så stort ansvar for at deltage i interviewene.

Yderligere begrænses antallet af borgere, der kan sendes invitationer ud til af, at nogle hold er ekskluderet. Dette skyldes, at data om, hvorvidt borgerne har gennemført forløbet, var tvivlsomt grundet ikke konsekvent registrering af de fremmødte.

Yderligere kan rekruttering af målgruppen gennem e-mails diskuteres. Det kan forklares med målgruppens øvre aldersgruppe, hvor borgerne sandsynligvis ikke er så trygge ved brugen af internettet og e-mails sammenlignet med yngre aldersgrupper. Yderligere er der praktiske problemer i forbindelse med de afsendte e-mails, hvor borgeren enten ikke havde modtaget mailen eller havde smidt mailen væk, fordi *”Ja jeg havde fået en mail, men det kommer til hende derhjemmes indbakke og det var hendes fejl siger hun, fordi hun kom til at slette”* (fra interview 1). Yderligere er det kun borgere med oplyste e-mail adresser, der kan være med i studiet, hvilket kan betyde, at det er en bestemt gruppe mennesker, der fås fat i. Herunder kan der også argumenteres for, at det er ressourcetsvage borgere, der formodentlig ikke har en e-mail adresse. Dog opleves det ud fra deltagerprofilen ikke som et problem i denne opgave, fordi deltagerprofilen havde en fin variation. Invitationer sendt ud med posten ville stadigvæk virke bedre taget de fornævnte udfordringer i betragtning, men det ville samtidig kræve længere tid og flere ressourcer, hvorfor invitationer ved mail blev valgt som rekrutteringsmetode.

En begrænsning for rekrutteringen er efterfølgende identificeret som fremgangsmåden i at sende invitationerne til borgerne. Tilgangen til rekrutteringen vurderes som værende mindre effektiv. Antallet af invitationer, der blev sendt ud, var lig med det ønskede antal interviewpersoner. Ved første invitationsrunde blev der således sendt syv invitationer ud. Ved negativ tilbagemelding eller manglende svar blev der sendt nye invitationer ud (anden invitationsrunde). Denne rekrutteringstilgang vurderes til at have forlænget rekrutteringstiden. Det vurderes derfor, at antallet af invitationer i

første invitationsrunde skulle have været større. Dette blev ikke valgt som den foretrukne rekrutteringsmetode i første omgang, da der var risiko for at få for mange positive tilbagemeldinger, hvilket kunne resultere i, at nogle skulle afmeldes.

Idet der allerede var opstillet kriterier fra projektets side til både deltagelsen til helbredstjekket og derefter også til Tjek på Vægten, har det gjort, at kriterierne for deltagelsen også blev påvirket af det. Dette kan både ses som en fordel og en ulempe. Det er en fordel, fordi der ikke skulle bruges ekstra tid/energi på at stille disse kriterier for derved at identificere borgerne i holdene og først derefter sende invitationerne. Det er en ulempe, fordi disse kriterier gjorde, at målgruppen ikke kunne vælges frit.

6.2.3 Individuelle interviews som metode

I dette afsnit diskuteres andre mulige metodologiske tilgange sammenlignet med de individuelle interviews.

I forlængelse med valget af individuelle interviews som fremgangsmåde, kan det diskuteres, hvorvidt fokusgruppeinterviews kunne være relevante at anvende i forsøget på at besvare problemformuleringen. Fordelen ved fokusgruppeinterviews kunne have været, at deltagerne kunne blive inspireret af hinanden og dermed komme med flere beskrivelser og dermed nuancer og ligheder af erfaringer med at integrere forløbet i hverdagen (82). Modsat kunne en setting med flere deltagere påvirke interviewer/borger forholdet og få en betydning for, hvorvidt borgerne føler sig trygge, når der er flere personer med i samtalen (78). Endelig kan der argumenteres for, at formålet med fokusgruppeinterviews er at få så mange synspunkter frem som muligt gennem diskussion, hvor deltagerne kan inspirere hinanden. Formålet med specialet er, at få borgernes erfaringer og oplevelser frem ved at få fortalt dennes hverdag/livsverden (90). Hermed kan der argumenteres for, at datagenereringsmetoden stemmer overens med opgavens formål og dermed også styrker den interne validitet.

Observation udgør yderligere en metode til at undersøge menneskers livsverden (60,78). Observation bliver af Malterud beskrevet som en måde at få direkte indblik i borgernes livsverden fremfor interviews, der gennem borgernes beskrivelser, virker som et filter, der kun giver indirekte information herom (78). Derfor kan det

diskuteres om observationsmetoden kunne bruges som supplement på de individuelle interviews og derved være med til at styrke undersøgelsesdesignet og den interne validitet. Observationer af borgerne i deres hverdag kunne give ekstra viden om borgernes ubeviste vaner og rutiner. Dog ville denne undersøgelsesform være svær at integrere i nærværende speciale, idet denne tilgang både ville være mere tidskrævende taget specialets tidsramme i betragtning samt muligvis blive betragtet som grænseoverskridende af de fleste borgere.

Herudover er observation af undervisningsgangene i forløbet en anden måde at styrke undersøgelsens design på. Disse observationer blev brugt til at forøge baggrundsforståelsen om indholdet i forløbene, der kunne klæde interviewerens på til at foretage interviewene. Det vil betyde, at interviewerens får et indblik og forståelse af de delelementer, der indgik i undervisning som eksempelvis madlavnings-sessionen, som mange af borgerne beskriver og henviser til i interviewene. Disse observationer er hovedsageligt brugt til at få indblik i indhold samt forløb af undervisningsgangene, hvor de har bidraget med en erfaringsmæssig forståelseshorisont, hvorfor de ikke blev medtaget som metode eller anvendt i analysen. Dog vurderes det at kunne virke som et relevant delelement i dataindsamlingen og heraf analysen, hvorfor det med fordel kunne inddrages som en del af data.

Som tidligere nævnt, er der valgt syv borgere til de individuelle interviews, da dette antal blev antaget til at være et passende antal til at opnå datamæthed taget specialets ressourcer og tidsperspektiv i betragtning. Ud fra analysen vurderes det, at der er opnået datamæthed, da det var de samme tematikker, der gik igen under interviewene.

På baggrund af ovenstående gennemgang kan det opsamlende siges, at individuelle interviews med borgerne er den mest velegnede dataindsamlingsmetode i forhold til problemstillingen, der forsøges belyst. Yderligere vurderes det, at observationer af borgernes hverdag kunne supplere de enkelte interviews og være med til at højne undersøgelsens interne validitet.

6.2.4 Litteratursøgning og –udvælgelse

Da formålet med litteratursøgning var at fremfinde studier, der havde undersøgt udbytte af forebyggende indsatser på forskellig vis, blev der foretaget en bred søgning på området. På denne måde er der opnået mest mulig variation i forskellige metodiske

måder at belyse emnet på. Dertil skal det nævnes, at en fokuseret søgning som udelukkende består af forebyggelse af livsstilssygdomme ikke gav mange hits, idet der er en overvægt af studier med fokus på sygdomme, hvorfor tre specifikke livsstilssygdomme ligeledes blev medtaget i søgningen.

Med den brede tilgang i seks forskellige sundheds- og samfundsvidenskabelige databaser vurderes det, at dækningsgraden af relevant litteratur er høj. Der kan derfor argumenteres for, at den brede tilgang har været nødvendig for at finde forskelligartede studier, der kunne bidrage til at belyse forskningsområdet af forebyggende indsatser. Denne brede tilgang bidrager til at øge relevansen af nærværende undersøgelse, fordi den mindsker risikoen for at undersøge et allerede velbelyst emne.

6.2.4.1 Litteraturens rolle samt evaluering af søgningen

Formålet med litteratursøgningen var udover at belyse forskellige tilgange til undersøgelse af udbytte i de forebyggende indsatser ligeledes at inddrage de kvalitative studier i diskussionen af analysens resultater i opgaven, hvor de kunne bidrage til blandt andet at diskutere de empiriske resultaters overførbarhed og relevans i en større kontekst. I det følgende bliver styrker og svagheder ved den foretagne systematiske litteratursøgning diskuteret.

Ud fra resultaterne af den foretagne systematiske litteratursøgning vurderes søgningen som tilstrækkelig. Dette skyldes, at der både er fundet flere dubletter af de fremfundne artikler samt på grund af den teoretiske mætningsgrad, forstået på den måde, at resultaterne fra studierne var overlappende (91). Således fremkom de samme variable for måling af oplevet udbytte af forebyggende indsatser. Eksempelvis indgik de fysiske målinger som vægt, kolesterol og blodtryk som indikatorer for udbytte i flere af de kvantitative undersøgelser. Dog kan det diskuteres, om anvendelse af MeSH-terminen 'Outcome assessment (healthcare)' har været for kvantitativ orienteret, og dermed ført til flere kvantitative studier. Dog er dette MeSH term ikke brugt som det eneste mål for udbytte, idet der blev tilføjet fritextssøgninger med 'experiences', der forventedes kunne bidrage til flere kvalitative studier.

6.2.4.2 Udvælgelse og kvalitetsvurdering af studierne

Blandt de medtagne studier indgår som nævnt både kvantitative, økonomiske og kvalitative studier. Gennemlæsning og vurdering af litteraturen er foretaget på baggrund af de oplyste in- og eksklusionskriterier. Dernæst blev artiklernes relevans, gyldighed samt anvendelighed undersøgt ved blandt andet at hente inspiration fra nationale og internationale tjeklister til gennemgang af videnskabelige artikler – eksempelvis STROBE kriterierne til anvendelse på tværsnits- og case-kontrol studier (71). Ligeledes blev der hentet inspiration fra guidelinen af Malterud samt VAKS (Vurdering af kvalitative studier), hvor der blandt andet blev vurderet på studiernes gyldighed og pålidelighed (70).

Da fokus har været på forskellige metoder til at måle og undersøge udbytte, er der også udvalgt artikler på bekostning af kvalitetskriterierne. Artiklen af Hesselink et al. er et eksempel på dette (49), fordi den blev inddraget selvom resultaterne af studiet ikke var publiceret endnu. Det vurderes, at tilgangen bidrog til at kaste lys over forskellige metodiske tilgange og designs til at se på udbytte af forebyggende indsatser.

På baggrund af tilgangen til søgningen udvælgelsen af studierne vurderes den fremfundne litteratur som værende relevant til at belyse emnet.

6.2.5 Forskerens rolle i interviewsituationen

Intervieweren har kontakt til borgerne og betegnes som værende en del af datagenereringen og formodes at have en betydelig rolle i forhold til interviewsituationen (75), hvorfor resultaterne af interviewet kan blive påvirket af forholdet mellem intervieweren og borgeren (78). For at få borgeren til at føle sig tryk under samtalen er det forsøgt at skabe nogle gode rammer for interviewet ved at indlede med en præsentation af formålet med samtalen samt ved at smalltalke for at bløde stemningen op (78,82).

Endvidere kan troværdigheden af borgernes svar på spørgsmålene ligeledes diskuteres. Dette bliver især relevant i forbindelse med interview 6, hvor det bliver tydeligt, at der er pleaser-tendens. Gentagne gange undervejs i dette interview sagde borgeren: *”nu ved jeg ikke om det er det jeg skulle svare”*. Dette på trods af, at der i starten af hvert interview blev gjort klart, at det var borgerens egne erfaringer og oplevelser, som samtalen skulle omhandle og selvom dette interview foregik i

borgerens eget hjem, hvor der ikke forventedes den samme magtrelation berørt tidligere under afsnit 4.3.3. Dog skal det nævnes, at dette ikke fremkom som et betydeligt problem i de andre interviews, hvor der til interviewerens overraskelse fremkom meget ærlige og også negative udtalelser fra især borgerne i interview 2 og 4.

6.3 Ethiske overvejelser

Kvalitativ forskning beskæftiger sig med den enkeltes personlige forhold, erfaringer og oplevelser med begivenhederne og derved får private ytringer ud på en offentlig arena (77), hvilket ligeledes gælder for dette speciale, der anvender citaterne fra interviewene. Af denne grund er det vigtigt at have nogle etiske overvejelser i forbindelse med tilgangen til og anvendelsen af datamaterialet i dette speciale.

De mikro-etiske problemstillinger der kan opstå i forbindelse med interviewene er forsøgt imødekommet ved det informerede samtykke (se Bilag 5) samt ved at sikre anonymitet (83). Samtykkeerklæringen virkede i denne forbindelse som en forsikring af, at deltagerne var informeret om indholdet og anonymiseringen af data i forbindelse med brug af dem. Udover invitationsbrevet, som informerede om indholdet og formålet med specialet, blev der i starten af hvert interview yderligere givet information om studiet, herunder formålet, borgernes rolle og anvendelsen af datamaterialet inden borgerne underskrev samtykkeerklæringen (78). Hermed virkede samtykkeerklæringen ligeledes som en forsikring for borgerne om, at oplysningerne vil blive behandlet fortroligt. I forlængelse af dette og kravene til specialer, er opgaven udtaget anmeldelsespligt til datatilsynet (92). Anonymitet er sikret ved at anonymisere borgernes identitet. Herudover er det forsøgt at bruge citaterne fra interviewene så korrekt som muligt og i den kontekst, som de er fortalt i, for at undgå at fordreje meningen i det sagte (77).

Hertil blev interviewene foretaget med respekt for den enkelte borgers grænser for at imødekomme en eventuel psykisk uro, der kunne opstå i forbindelse med berøring af uønskede emner (78). Dette blev eksempelvis gjort ved ikke at få borgeren til at uddybe følsomme situationer, som denne følte ubehag ved. Yderligere er der etiske refleksioner forbundet med en eventuel skyldfølelse, som man kan komme til at pålægge de borgere, der især ikke oplever succes med livsstilsændringen (83). På denne måde kan man være med til at minde dem om egen fiasko, hvorfor det kan

påvirke dem psykisk og skabe problemer. Derfor er det vigtigt at have en god stemning, samt ikke at virke dømmende. For at skabe tryghed var intentionen at foretage interviewene i borgerens eget hjem under vante og trygge omgivelser. Dette har ikke været muligt for alle borgere, idet det blev vægtet højere at give borgeren mulighed for selv at vælge lokalitet, hvor der undgås, at interviewer virker som den altbestemmende forsker.

6.4 Opsamling på kvalitetskriterierne

I dette afsnit vil der blive samlet op på kvalitetskriterierne. Indledningsvist kommenteres der på den eksterne validitet, hvorefter der følger en generel opsamling på kvalitetskriterier som refleksivitet, relevans og gennemsigtighed.

Den kvalitative tilgang i analysen bygger på et videnskabeligt grundlag og vurderes relevant i forhold til at belyse borgernes perspektiv på og erfaring og oplevelser med at integrere forebyggende indsatser. Dog gælder det generelt al kvalitativ forskning, herunder også dette speciale, at den eksterne validitet kan være svag, idet det kan være svært at overføre resultaterne (78). Dette skyldes, at resultater fra en kvalitativ undersøgelse er unik og værdi i sig selv i en bestemt kontekst (69,83).

Det er forsøgt at opnå refleksivitet og gennemsigtighed ved at have et refleksivt og kritisk blik på undersøgelses- og analyseprocessen samt ved diskussion af metode og resultat (69,78). Yderligere har beskrivelser af fremgangsmåder samt metatekster løbende bidraget til at skabe gennemsigtighed (69). Samtidig har den systematiske litteratursøgning bidraget til at sikre relevans ved at give et indblik i forskningen på området på en videnskabelig basis (78), og dermed bidraget til vinklingen i dette speciale.

7 Konklusion

Ved at anvende hverdagslivsteorien af Birthe Bech-Jørgensen samt *health literacy* begrebet af Don Nutbeam blev der i denne opgave kigget på hvordan borgere, der har deltaget i Tjek på Vægten, integrerer forløbet i deres hverdag. I forlængelse heraf blev i alt syv borgere interviewet, hvor der under samtalen blev talt om deres oplevelser og erfaringer med at integrere forløbet i hverdagen. Analysen af datamaterialet viste, at det var forskelligt med borgernes succesoplevelse med at integrere forløbet i hverdagen. Yderligere sås det, at borgerne havde udviklet forskellige taktikker til at håndtere hverdagens betingelser, som helbredet, arbejdet eller familien. Herunder blev konkrete redskaber tilegnet ved deltagelsen i Tjek på Vægten taget i anvendelse, såsom portionsstørrelser og små skridt tilgangen til ændring af vanerne. Herudover viste analysen, at det sociale og kulturelle har haft en betydelig rolle i integreringen af forløbet, hvor kulturelle normer i fællesskaberne kunne være svære at bryde igennem. Det sås, at borgernes forhold til deres omgivelser både har været med til at lette og besværliggøre processen afhængig af deres betingelser. Yderligere gjorde analysen det ligeledes klart, at succes opfattes som indtræden af væggtab for mange af borgerne, hvilket giver udtryk for at kvantitative mål stadig fylder meget for dem trods forløbets fokus på livsstilsændring ved vaneændringer frem for ændringer på vægten. I forbindelse med *health literacy* vurderes det, at begrebet ikke bidrager med nok information om forløbets bidrag, hvilket kan skyldes, at det ikke fylder særlig meget i datamaterialet. I forlængelse heraf vurderes det, at begrebets samspil med hverdagslivsteorien ikke virkede efter hensigten i praksis.

Konkluderende har undersøgelsen vist, at borgerne afhængig af deres betingelser har forskellige taktikker til at integrere Tjek på Vægten i deres hverdag, hvor praktiske metoder er nemmere at integrere. Angående forbedrede sundhedskompetencer kan det konkluderes, at der trods deres positive udtryk herfor ikke kan laves en endelig vurdering herom, fordi det ud fra interviewene er svært at afgøre, hvorvidt det er forløbet, der bidrager til borgernes forbedrede håndtering af sundhedsinformation eller om, der er tale om andre forholds påvirkning efter deltagelsen, idet *health literacy* er et dynamisk begreb. Derfor ses det nødvendigt med andre midler til at undersøge *health literacy*, for at få en mere omfattende viden herom.

8 Perspektivering

Tilgangen i nærværende speciale, der fokuserer på de deltagende borgeres integrering af Tjek på Vægten i hverdagen samt deres forbedrede sundhedskompetencer, kan ligeledes anvendes i forbindelse med andre forebyggende indsatser på området. Den kvalitative tilgang kan i første omgang give oplysninger om borgernes erfaringer med at overføre viden fra indsatserne til deres hverdag, og videre bidrage med viden om langtidseffekter af tilbuddene. Med kvalitative undersøgelser kan adfærdsændringen i borgernes egen kontekst undersøges, hvorved der kan komme udtømmende beskrivelser af de forskellige måder at integrere viden fra forebyggende indsatser i hverdagen på. Yderligere kan denne kvalitative tilgang til undersøgelsen give forskerne eller interessenterne mulighed for at fokusere på, hvad borgerne betragter som meningsfuld. Dette i forlængelse af, at der blandt andet ud fra denne undersøgelse er fundet frem til, at følelse af mening med indsatsen har en betydelig rolle i mulighederne for at integrere viden og redskaber fra forløbet i hverdagen. Hermed sagt, at oplevelsen af indsatsen som meningsgivende er afgørende for at se langtidseffekter i form af livsstilsændring i målgruppen. Dette kan kun udfoldes med en kvalitative tilgang, hvorfor der er brug for flere undersøgelser, der fokuserer på dette element ved forebyggende indsatser.

Ud fra ovenstående vurderes det, at det er nødvendigt med flere kvalitative undersøgelser, der fokuserer på borgerperspektivet på udbytte af forebyggende indsatser, som videre kan bidrage med viden om langtidseffekter i form af livsstilsændring.

9 Litteraturliste

1. Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom [Internet]. 2014. Available from: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sygdom-og-behandling/kronisk-sygdom>
2. Gøtzsche L. Livsstilssygdomme [Internet]. sundhed.dk. 2014. Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/sygdomme-a-aa/hjerte-og-blodkar/sygdomme/diverse/livstilssygdomme/>
3. Si-folkesundhed. 3.1 Langvarig sygdom. 2010.
4. Regeringen. Ministeriet for sundhed og forebyggelse. Sundere liv for alle. Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år. 2014;1–27.
5. Sundhedsstyrelsen. Sundhed i Kommunen - nye opgaver og muligheder. København; 2005.
6. Rasmussen SR, Fredslund EK, Munksgaard PP, Sandbæk A, Maindal T. En omkostningsanalyse af den indledende fase af ' Tjek dit helbred ' i Randers Kommune. 2014.
7. KL. Sundhedstilbud [Internet]. sundhed.dk. 2014. Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/sundhed-og-forebyggelse/sundhedstilbud/>
8. Sundhed.dk. Sundhedstilbud [Internet]. Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/sundhedstilbud/?PageSize=10&SearchProfile=SOFT&action=Search&SearchTerm=&InformationskategoriId=0&Region=0&Udbyder=0>
9. Krogsboll LT, Jorgensen KJ, Gronhoj Larsen C, Gotzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Bmj* [Internet]. 2012;345(nov203):e7191–e7191. Available from: <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e7191.pdf+html>
10. Bender AM, Jørgensen T, Pisinger C. Is self-selection the main driver of positive interpretations of general health checks? The Inter99 randomized trial. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. Elsevier Inc.; 2015;81:42–8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091743515002200>
11. Rasmussen SR, Thomsen JL, Kilsmark J, Hvenegaard A, Engberg M, Lauritzen T, et al. Preventive health screenings and health consultations in primary care increase life expectancy without increasing costs. *Scand J Public Health*. 2007;35(January):365–72.
12. Lauritzen T, Griffin S, Borch-Johnsen K, Wareham NJ, Wolffenbuttel BH, Rutten G. The ADDITION study: proposed trial of the cost-effectiveness of an intensive multifactorial intervention on morbidity and mortality among people with Type 2 diabetes detected by screening. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2000;24 Suppl 3:S6–11.
13. Lauritzen T, Jensen MSA, Thomsen JL, Christensen B, Engberg M. Health

- tests and health consultations reduced cardiovascular risk without psychological strain, increased healthcare utilization or increased costs. An overview of the results from a 5-year randomized trial in primary care. The Ebeltoft Health Promotion P. *Scand J Public Health* [Internet]. 2008;36(6):650–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18775821>
14. Sandbaek A, Griffin SJ, Rutten G, Davies M, Stolk R, Khunti K, et al. Stepwise screening for diabetes identifies people with high but modifiable coronary heart disease risk. The ADDITION study. *Diabetologia*. 2008;51(7):1127–34.
 15. Rasmussen SR, Fredslund EK, Larsen PV, Diderichsen F, Hougaard CØ, Lauritzen T, et al. Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis - social ulighed i hjerte-kar-sygdom og omkostninger? [Internet]. 2014. Available from: http://www.kora.dk/media/2065741/10041_sundhedsprojekt-ebeltoft.pdf
 16. Rasmussen SR, Kilsmark J, Hvenegaard A, Thomsen JL, Engberg M, Lauritzen T, et al. Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis: en sundhedsøkonomisk analyse af ”Sundhedsprojekt Ebeltoft”. 2006. 88 p.
 17. Sandbæk A, Maindal HT. ” Tjek dit helbred ” – Er det effektivt ? Et 5-årigt randomiseret studie af effekt og sundhedsøkonomiske omkostninger ved helbredsundersøgelser og -samtaler i almen praksis og kommune.
 18. Engberg M, Christensen B, Karlslose B, Lous J, Lauritzen T. General health screenings to improve cardiovascular risk profiles: a randomized controlled trial in general practice with 5-year follow-up. *J Fam Pract* [Internet]. 2002;51(6):546–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12100779>
 19. Stang A. Nonresponse research - An underdeveloped field in epidemiology. *Eur J Epidemiol*. 2003;18(10):929–31.
 20. Maindal HT, Toft U, Lauritzen T, Sandbæk A. Three-year effects on dietary quality of health education: A randomized controlled trial of people with screen-detected dysglycaemia (The ADDITION study, Denmark). *Eur J Public Health*. 2012;23(3):393–8.
 21. Sundhedsstyrelsen. Den Nationale Sundhedsprofil [Internet]. Sundhedsstyrelsen. [cited 2016 Aug 10]. Available from: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/planlaegning/kommuner/den-nationale-sundhedsprofil>
 22. Munksgaard P, Sandbæk A. Tjek dit helbred - formål og design.
 23. TDH-team. Drejebog for Tjek på Livsstilen. Randers; 2015.
 24. TDH-team. Procedure for Tjek på livsstilen. Randers; 2014.

25. TDH-team. Kategorisering rød - gul - grøn. Randers;
26. Maindal HT, Støvring H, Sandbaek A. Effectiveness of the population-based Check your health preventive programme conducted in primary care with 4 years follow-up [the CORE trial]: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* [Internet]. 2014;15:341. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4158060&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
27. TDH-team. Tjek på vægten - et tilbud til dig, der vil tabe dig. Randers; 2013.
28. TDH-team. Vægttabsforløb for deltagere i projektet, Tjek dit helbred. Randers; 2012.
29. TDH-team. Tjek på vægten - rammer. Randers; 2013.
30. Beck JS. Introduktion til kognitiv adfærdsterapi. Kognitiv adfærdsterapi, Grundlag og perspektiver. 1st ed. København: Akademisk Forlag; 2013. p. 21–37.
31. Glanz K and BKR. *Theory at a Glance: A Guide For Health Promotion Practice*. 2nd ed. 2005.
32. TDH-team. Oversigt over deltagere på Tjek på vægten og Tjek på livsstilen. Randers; 2015.
33. TDH-team. Excel skemaer over deltagere. Randers; 2016.
34. TDH-team. Samlet analyseprocent. Randers; 2016.
35. Katula JA, Vitolins MZ, Morgan TM, Lawlor MS, Blackwell CS, Isom SP, et al. The Healthy Living Partnerships to Prevent Diabetes Study. *AMEPRE* [Internet]. Elsevier Inc.; 2013;44(4):S324–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2012.12.015>
36. Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N, et al. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. 2012;
37. Katula JA, Vitolinis MZ, Rosenberger EL, Blackwell CS, Morgan TM, Lawlor MS, et al. One-Year Results of a Community-Based Translation of the Diabetes Prevention Program Healthy-Living Partnerships to Prevent Diabetes (Help PD) Project. *Diabetes Care*. 2011;34:1451–7.
38. Salinardi TC, Batra P, Roberts SB, Urban LE, Robinson LM, Pittas AG, et al. Lifestyle intervention reduces body weight and improves cardiometabolic risk factors in worksites 1 – 3. *Am J Clin Nutr*. 2013;667–76.
39. Valente EA, Sheehy ME, Avila JJ, Gutierrez JA, Lofgren IE. The effect of the addition of resistance training to a dietary education intervention on apolipoproteins and diet quality in overweight and obese older adults. *Dovepress*. 2011;235–41.

40. Vermunt PWA, Milder IEJ, Wielaard F, de Vries JHM, Baan CA, van Oers JAM, et al. A lifestyle intervention to reduce Type 2 diabetes risk in Dutch primary care: 2.5-year results of a randomized controlled trial. *Diabet Med.* 2012;29(8):223–31.
41. O’Hara BJO, Phongsavan P, Venugopal K, Eakin EG, Eggins D, Caterson H, et al. Effectiveness of Australia ’ s Get Healthy Information and Coaching Service ® : Translational research with population wide impact ☆. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. Elsevier Inc.; 2012;55(4):292–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.07.022>
42. Rowan CP, Riddell MC, Jamnik VK. The Prediabetes Detection and Physical Activity Intervention Delivery (PRE-PAID) Program. *Can J Diabetes* [Internet]. Elsevier Ltd; 2013;37(6):415–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcjd.2013.09.003>
43. Fuller NR, Colagiuri S, Schofield D, Olson AD, Shrestha R, Holzapfel C, et al. ORIGINAL ARTICLE A within-trial cost-effectiveness analysis of primary care referral to a commercial provider for weight loss treatment , relative to standard care — an international randomised controlled trial. *Int J Obes* [Internet]. Nature Publishing Group; 2012;37(6):828–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/ijo.2012.139>
44. Silarova B, Lucas J, Butterworth AS, Di Angelantonio E, Girling C, Lawrence K, et al. Information and Risk Modification Trial (INFORM): design of a randomised controlled trial of communicating different types of information about coronary heart disease risk, alongside lifestyle advice, to achieve change in health-related behaviour. *BMC Public Health* [Internet]. BMC Public Health; 2015;15:868. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4562192&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
45. Maindal HT, Carlsen AH, Lauritzen T, Sandbaek A, Simmons RK. Research : Educational and Psychological Issues Effect of a participant-driven health education programme in primary care for people with hyperglycaemia detected by screening : 3-year results from the Ready to Act randomized controlled trial (nested with. 2014;
46. Appuhamy JADRN, Kebreab E, Simon M, Yada R, Milligan LP, France J. Effects of diet and exercise interventions on diabetes risk factors in adults without diabetes : meta-analyses of controlled trials. 2014;6(1):1–15.
47. Rehn TA, Winett RA, Wisløff U, Rognmo Ø. Increasing Physical Activity of High Intensity to Reduce the Prevalence of Chronic Diseases and Improve Public Health. *Open Cardiovasc Med J.* 2013;1–8.
48. Willis A, Davies M, Yates T, Khunti K. Primary prevention of cardiovascular disease using validated risk scores : A systematic review. *J R Soc Med.* 2012;105:348–56.
49. Hesselink AE, Bilo HJG, Jonkers R, Martens M, Weerdt I De, Rutten GEH. A

- cluster-randomized controlled trial to study the effectiveness of a protocol-based lifestyle program to prevent type 2 diabetes in people with impaired fasting glucose. 2013;1–7.
50. Ljung S, Olsson C, Rask M, Lindahl B. Patient experiences of a theory-based lifestyle-focused group treatment in the prevention of cardiovascular diseases and type 2 diabetes. *Int J Behav Med.* 2013;20(3):378–84.
 51. Goebbels AFG, Lakerveld J, Ament AJHA, Bot SDM, Severens JL. Exploring non-health outcomes of health promotion: The perspective of participants in a lifestyle behaviour change intervention. *Health Policy (New York)* [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2012;106(2):177–86. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.04.005>
 52. Shaw RL, Pattison HM, Holland C, Cooke R. Be SMART: examining the experience of implementing the NHS Health Check in UK primary care. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2015;16(1):1. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/16/1>
 53. Chang E, Bidewell J, Brownhill S, Farnsworth J, Ward J, Diehl H. Participant perceptions of a community-based lifestyle intervention: the CHIP. *Heal Promot J Aust.* 2012;23:177–82.
 54. Korp P. The symbolic power of “healthy lifestyles.” *Heal Sociol Rev.* 2008;17(1):18–26.
 55. Egebo KS. Hvem har ansvaret for den enkeltes sundhed? 26052016 [Internet]. *Kristeligt Dagblad*; Available from: <http://www.statsbiblioteket.dk/infomediaservice/?faust=36973269>
 56. Abel T, Cockerham W., Niemann S. A critical approach to lifestyle and health. In: Watson J, Platt S, editors. *Researching Health Promotion*. London: Routledge; 2000. p. 54–77.
 57. Gronow J. *The Sociology of Taste*. London: Routledge; 1997.
 58. Moltke A. Vaner – et perspektiv på hverdagslivet. (4):325–35.
 59. Bech-Jørgensen B. *Når hver dag bliver til hverdag*. København: Akademisk Forlag; 1994.
 60. Juul S, Bransholm Pedersen K. *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori En indføring*. 1. udgave ed. København: Hans Reitzels Forlag; 2012.
 61. Zahavi D. *Fænomenologi*. 1. udgave. Roskilde Universitetsforlag; 2003.
 62. Schutz A. *Hverdagslivets sociologi*. København: Hans Reitzels Forlag; 2005.
 63. von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2007;61(12):1086–90. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2465677&tool=pm>

centrez&rendertype=abstract

64. Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Heal Promot Int - Oxford Univ Press*. 2000;
65. Kahn R, Alperin P, Eddy D, Borch-Johnsen K, Buse J, Feigelman J, et al. Age at initiation and frequency of screening to detect type 2 diabetes: a cost-effectiveness analysis. *Lancet [Internet]*. Elsevier Ltd; 2010;375(9723):1365–74. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)62162-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)62162-0)
66. Jacobsen MH, Kristiansen S. Introduktion: Hverdagslivssociologiens variationer. *Hverdagslivet - sociologer om det upågtede*. 2. dgave 1. Hans Reitzels Forlag; 2014.
67. Sundhedsstyrelsen. Health Literacy - Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner [Internet]. 2009. Available from: <http://www.sst.dk>
68. Eskildsen Stenbæk D, Fabricius Jensen M. Litteratursøgning. *Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*. 2nd ed. København: Sundhedsstyrelsen; 2007. p. 49–59.
69. Malterud K. Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *Lancet*. 2001;358(9280):483–8.
70. Poulsen I, Larsen S, Schou L, Høstrup H, Lyngsø E. VAKS - Vurdering af kvalitative studier. *Sygeplejersken*. 2009;109(13):54–7.
71. von Elm E, Altman DG, Egger M S.J. P, Gøtzsche PC, Vandembroucke JP, Initiative S. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol [Internet]*. 2008;61(4):344–9. Available from: <http://www.strobe-statement.org/index.php?id=strobe-publications>
72. Creswell JW. *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches*. 3. edition. SAGE Publications; 2013.
73. Høyer K. Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode? *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab*. 3. udgave. København: Munksgaard Danmark; 2007. p. 17–41.
74. Zahavi D, Overgaard S. Fænomenologisk sociologi. In: Hviid Jacobsen M, Kristiansen S, editors. *Hverdagslivet - sociologer om det upågtede*. 2. udgave . Hans Reitzels Forlag; 2014. p. 169–98.
75. Kvale S, Brinkmann S. *InterView, Introduktion til et håndværk*. 2. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2009.
76. Bech-Jørgensen B. Forskning og hverdagsliv. *Soc Krit*. 2001;13(7):11–32.
77. Brinkmann S, Tanggaard L. *Kvalitative Metoder*. 1. udgave . København: Hans Reitzels Forlag; 2010.

78. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring. 3. utgave . Oslo: Universitetsforlaget; 2013.
79. Brogård Kristensen D. Fænomenologi. Filosofi, metode og analytisk værktøj. Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab. 4. udgave . København: Munksgaard Danmark; 2012. p. 182–204.
80. Madsen M, Højgaard B, Albæk J. Health Literacy - Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner. Sundhedsstyrelsen. 2009;1–29.
81. Christensen U, Nielsen A, Schmidt L. Det kvalitative forskningsinterview. Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab. 4. udgave . København: Munksgaard Danmark; 2012. p. 61–89.
82. Vallgård S, Koch L. Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 4. udgave . København: Munksgaard Danmark; 2012.
83. Kvale S, Brinkmann S. Interview. 3. udgave . København: Hans Reitzels Forlag; 2015.
84. Järvinen M. Interview i en interaktionistisk begrebsramme. Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. 1. udgave . København: Hans Reitzels Forlag; 2005.
85. Wilkinson R, Marmot M. Social Determinants of Health: the Solid Facts. World Heal Organ [Internet]. 2003;2(2):1–33. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
86. Falba TA, Sindelar JL. Spousal Concordance in Health Behavior Change. Health Serv Res. 2008;43(1 P1):96–116.
87. Gorin AA, Wing RR, Fava JL, Hospital TM, Street R, Jakicic JM, et al. Weight loss treatment influences untreated spouses and the home environment: Evidence of a ripple effect. 2009;32(11):1678–84.
88. Sundhedsstyrelsen. Terminologi - forebyggelse sundhedsfremme og folkesundhed [Internet]. Sundhedsstyrelsen. København; 2005. Available from: <http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2005/cff/termpjece/termpjece3jun05.pdf>
89. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC Public Health [Internet]. 2013;13:948. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4016258&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
90. Christensen U, Schmidt L, Dyhr L. Det kvalitative forskningsinterview. Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 3. udgave. København: Munksgaard Danmark; 2007.
91. Frandsen TF, Dyrvig A-K, Christensen JB, Fæsterholdt I, Oelholm AM. En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. Ugeskr

- læger. 2014;2130141(176).
92. Datatilsynet. Krav til studerendes specialeopgaver mv. [Internet]. 15.05.12, 06.05.15 (opdateret). [cited 2016 Aug 30]. Available from: <https://www.datatilsynet.dk/erhverv/studerendes-specialeopgaver-mv/krav-til-studerendes-specialeopgaver-mv/>
 93. Buus N, Tingleff B, Blach Rossen C, Munch Kristiansen H. Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier og modeller. *Sygeplejersken*. 2008;108(10).
 94. Rieper O, Hansen HF. Metodedeibatten om evidens af Olaf Rieper. 2007. 122 p.
 95. Methley AM, Campbell S, Chew-Graham C, McNally R, Cheraghi-Sohi S. PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2014;14:579. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4310146&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 96. PubMed. Health Education (PubMed MeSH) [Internet]. [cited 2016 Aug 28]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68006266>

10 Bilagsoversigt

Bilag 1: Oversigt over fordeling af forebyggelsesindsatser

Bilag 2: Systematisk litteratursøgning

Bilag 3: Invitationsbrev

Bilag 4: Interviewguide

Bilag 5: Samtykkeerklæring

Bilag 1 – Oversigt over fordeling af forebyggelsesindsatser

I følgende Tabel 4 findes en oversigt over gennemgangen af i alt 3088 forebyggelsestilbud i kommunerne fordelt på 22 kategorier (7). Der er hertil en kolonne, der forklarer indhold eller målgruppe for hver kategori.

Tabel 4 – fordeling af forebyggende indsatser i landets kommuner

Kategori	Antal tilbud	Indhold/målgruppe
Alkohol	168	Overvejende om alkoholmisbrug
Akut/subakut	83	Borgere i akut psykisk krise, akut syge borgere
Andet	12	Rehabilitering, kronikere
Astma allergi	16	Diagnosen astma
Demens	147	Til folk med demens
Diabetes type 1 og 2	207	En overvejende/meget stor del af dem er til borgere med diagnosen diabetes
Faldforebyggelse	24	Til ældre borgere, og folk, der har risiko for fald pga. for nylig
Graviditet og barsel	179	Tilbud til gravide om sundhed, rygestop, til sårbare gravide, ammerådgivning mm.
Hjerte-kar-sygdomme	202	Rehabilitering for diagnosticerede, patientuddannelse,
Inkontinens	52	Bækkenbundshold mm.
KOL	205	KOL rehabilitering, kroniske sygdomme, patientuddannelse
Kost	243	Kostcafe(sund livsstil), livsstilshold, familiehold, tilbud til kvinder, vægttabsforløb, tilbud til overvægtige (mange), MEN også til hjerte-kar-patienter, KOL, diabetespatienter, kræftpatienter mm. MEGET forebyggelse (u-diagnosticerede borgere)
Kræft	218	Tilbud til kræftpatienter, patientudd.
Misbrug	135	Misbrugsbehandling, tilbud til folk med stofmisbrug samt deres familier
Muskel-skelet	194	Forebygge slidgigt, ryg-rådgivning, kronikere, rehabilitering til patienter
Patientskoler	213	Til folk med psykiske lidelser, diabetes, kroniske smerter, smertehåndtering, kræftrehab, hjerterahab mm.
Psykiske lidelser	121	Stressforløb, håndtering af sygdom mm.
Rygning	188	Rygestopforløb, også specifikt til diagnosegrupper som KOL, hjerte-kar sygdomme og også nogle til gravide mm.
Rådgivning og støtte	482	Indeholder alle nævnte tilbud, hvori der indgår noget rådgivning og støtte – rehab. tilbud til kronikere, familietilbud, patientudd., smertehåndtering osv.
Seksuel sundhed	17	Gratis kondomer, vejled. for prævention, sex&sundhed, foreb. klamydia
Stress	24	Stresshåndtering, tackling af angst og depression mm.
Træning	573	De fleste er sygdomsspecifik træning

Bilag 2 - Systematisk litteratursøgning

Dette bilag er udarbejdet for at skabe transparens for specialets litteratursøgning (68,91,93). Derfor vil fremgangsmåden i den systematiske litteratursøgning blive gennemgået i det følgende med henblik på at vise hvilke databaser, der er brugt, og hvilke søgeord og sammensætninger, der er anvendt.

De 4 facetter i PICO-skemaet

I nærværende litteratursøgning bliver en modificeret version af PICO-modellen anvendt, der i den klassiske version indeholder fire elementer:

1. *Patient/problem (P)*
Hvilke patienter/tilstand/sygdom drejer det sig om?
2. *Intervention (I)*
Hvilken intervention/indgreb/eksposition/metode drejer det sig om?
3. *Comparison (C)*
Hvad sammenlignes interventionen med?
4. *Outcome (O)*
Hvilke effekter/udfald er af interesse?

Dette blev gjort ved at tage comparison-elementet ud af skemaet. Dette skyldes, at PICO opbygningen blandt andet lægger op til en sammenligning af studier i forhold til outcome ud fra en traditionel evidenshierarki (68,93,94). Formålet med nærværende litteratursøgning er at identificere litteratur, der kan besvare ovenstående problemstilling i stedet for litteratur, som står højest i evidenspyramiden. PICO-strukturen fastholdes dog stadigvæk, da der fortsat ønskes struktur i den foretagne litteratursøgning og fordi undersøgelser viser, at søgninger med PICO-struktur er mere præcise og uddybende end andre mere kvalitativt tilrettelagte søgninger (91,95). Derfor er der her tale om et PIO-skema med elementerne *patient*, *intervention* og *outcome*. Kernebegreber i søgningen kan ses herunder.

(P)	(I)	(O)
Kronisk sygdom	Sundhedsuddannelse/forebyggende indsatser	Udbytte

Valgte databaser/informationskilder

Følgende Tabel 6 er en oversigt over de databaser, som søgningerne er foretaget i, hvorunder begrundelserne for valg af dem ligeledes fremgår.

Tabel 6 – Anvendte databaser

Database	Begrundelse for valg
PubMed	Anvendt fordi det er den største, mest kendte og anvendte database indenfor sundhedsvidenskab. Den indeholder artikler fra hele verden, herunder også danske artikler fra Ugeskrift for Læger. Den indeholder primært artikler med evidensbaseret viden
Cochrane	Anvendt fordi det er den højest rangerede database, som indeholder reviews og meta-analyser med fokus på effekt
Embase	Dækker næsten det samme som PubMed, men anvendt fordi den indeholder flere europæiske studier
Scopus	En database som Web of Science, der muliggør en bred søgning i feltet og har samtidig et humanistisk fokus
Cinahl	Anvendt ligeledes fordi det er en sundhedsvidenskabelig database, der supplerer med sygeplejevidenskabelig litteratur med flere artikler inden for kvalitativ forskning (93)
Sociological Abstracts	Anvendt fordi den indeholder sociologisk og psykologisk litteratur og supplerer hermed med sociologisk litteratur (relevant ift. projektet)

Søgestrategi

Til søgningen blev der udarbejdet en strategi, der kunne tilpasses de forskellige databaser, som hver har sine forskellige søgesprog (68). I det følgende bliver søgestrategien uddybet, hvor startegien i hver database ligeledes fremgår.

Anvendte søgetermer

I den systematiske søgning er der anvendt indekserede (thesaurus) søgetermer så vidt dette var muligt. Da PubMed har en detaljeret thesaurus funktion og er en tilgængelig database, blev der taget udgangspunkt i denne database. Thesaurus funktionen muliggjorde yderligere identificering af andre termer, hvorfor den blev brugt som inspirationskilde til de indekserede søgetermer. Med vejledning fra en bibliotekar blev der ligeledes ved disse funktioner nået frem til 'MeSH Major Topic', som erstattede MeSH i den videre søgning. Dette skyldes, at Major funktionen viste resultater, hvor artiklerne hovedsageligt omhandlede emnet i stedet for blot at berøre det som ved MeSH. Således blev der i PubMed benyttet 'Major', i Cochrane 'MeSH', i Embase 'Emtree', i Cinahl 'Major Heading' og i Sociological Abstracts 'Thesaurus'. For at finde det gældende term i den pågældende database blev der hermed søgt i synonymer for relevante termer samt beslægtede ord.

Fritekst søgning, boolske operatører samt anvendte limits

Herudover blev der ligeledes søgt fritekst på emneordene. Dette blev både gjort for at udvide den indekserede søgning og for at muliggøre erstatning af indekstermer, der ikke var mulige at fremfinde i nogle databaser. For at kombinere indekstermerne blev boolske operatørerne AND og OR anvendt, hvor OR kombinerede søgetermerne indenfor den enkelte søgefacet og AND kombinerede de forskellige søgefacetter. Med anbefaling fra blandt andet bibliotekaren blev den boolske operator NOT ikke anvendt, idet ikke alle databaser kunne operere med NOT, hvorfor antal hits ikke ville kunne afspejle omfanget af den egentlige litteratur. I forlængelse heraf og fordi antal hits blev vurderet som overkommelig blev der lavet en håndsortering blandt fremkommet litteratur. Der har herudover været en bestræbelse på at anvende explode funktionen i de databaser, hvor dette er muligt, for at sikre at synonyme og undertermer bliver inkluderet.

Afhængig af hvilke muligheder der var for 'limits' i de forskellige databaser grundet forskellige funktioner herfor, blev limits ligeledes anvendt. Et eksempel på anvendte limits er fra søgningerne i PubMed: *Publication Date from 2011/01/01 to 2016/12/3, Danish, English, Norwegian, Swedish*. Yderligere information herom kan findes under følgende Tabel 7, hvor søgetermerne, kombinationerne og limits i de forskellige databaser fremgår.⁶

Tabel 7 - Søgetermer, kombinationer og limits i de forskellige databaser

(P) patient/problem		(I) Intervention		(O) Outcome
PUBMED				
"Chronic Disease"[Majr] OR "Cardiovascular Diseases"[Majr] OR "Prediabetic State"[Majr] OR "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive"[Majr]	AND	"Health Education"[Majr] OR "Health Promotion"[Majr]	AND	"Outcome Assessment (Health Care)"[Majr] OR Fritekst experience [All Fields] OR experiences [All Fields]
<i>Limits: Publication Date from 2011/01/01 to 2016/12/3, Danish, English, Norwegian, Swedish</i>				
COCHRANE				
MeSH descriptor: [Chronic Disease] explode all trees OR MeSH descriptor: [Diabetes	AND	MeSH descriptor: [Health Education] explode all trees OR	AND	MeSH descriptor: [Outcome Assessment (Health Care)] explode all trees OR

⁶ Dokumentation i form af screenshots af de foretagne søgninger på hver database kan fremsendes ved henvendelse på mailadressen: glskl07@gmail.com

Mellitus, Type 2] explode all trees OR MeSH descriptor: [Pulmonary Disease, Chronic Obstructive] explode all trees OR MeSH descriptor: [Cardiovascular Disease] explode all trees		MeSH descriptor: [Health Promotion] explode all trees		Fritekst experience OR experiences: ti,ab,kw (Word variations have been searched)
<i>Limits: Publication Year from 2011 to 2016</i>				
EMBASE				
"chronic diseases" OR "cardiovascular disease" OR "prediabetic state" OR "pulmonary disease chronic obstructive"	AND	"health education" OR "health promotion"	AND	"outcome assessment health care" OR experience OR experiences
Limits:				
SCOPUS				
"chronic diseases" OR "cardiovascular disease" OR "prediabetic state" OR "pulmonary disease chronic obstructive"	AND	"health education" OR "health promotion"	AND	"outcome assessment health care" OR experience OR experiences
<i>Limits: 2011-2016 (manuelt ved at afkrydse årene 2011,2012,2013,2014,2015 og 2016), english, danish, norwegian and swedish (ligeledes ved at afkrydse ved language</i>				
CINAHL				
MH chronic disease OR MH cardiovascular diseases OR MH prediabetic state OR MH pulmonary disease, chronic obstructive	AND	MH health education OR MH health promotion	AND	MH outcome assessment OR Fritekst experience OR experiences
<i>Limits: Published Date: 20110101-20161231; English Language; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish</i>				
SOCIOLOGICAL ABSTRACTS				
SU.EXACT("Chronic Illness") OR SU.EXACT("Diabetes") OR SU.EXACT("Heart Diseases") OR (prediabetes OR chronic obstructive pulmonary disease)	AND	SU.EXACT("Health Education") OR Fritekst Health and health promotion	AND	SU.EXACT("Treatment Outcomes") OR Fritekst experience OR experiences OR effect

In-og eksklusionskriterier

I det følgende oplistes in- og eksklusionskriterierne for den systematiske søgning, der herefter bliver foldet ud og argumenterne herfor berørt. Inklusionskriterierne for litteratursøgninger er:

- Intervention: sundhedsuddannelse eller sundhedsfremme
 - o Sygdomsspecifik (Type 2-diabetes, KOL og hjertekarsygdom)
 - o Generel (kronisk sygdomme - på tværs af de 3 diagnoser)
- Outcome: udbytte, erfaring (både kvantitative og kvalitative studier)
- Sprog: Engelsk, dansk, norsk eller svensk
- Publikationstidspunkt: 2011-2016
- Vestlige lande/lande hvis sundhedstilstand er sammenlignelige med DK

Formålet med litteratursøgningen i nærværende opgave var at undersøge, hvordan udbytte blev undersøgt og målt i forskellige sammenhænge for forebyggende indsatser. Derfor blev der søgt efter sundhedsuddannelse som MeSH/Major topic, der defineres som uddannelse, der øger bevidstheden og positivt påvirker holdninger og viden om sundhed (96). Da formålet var at få en bred vifte af forskellige studier, der undersøger udbytte af forebyggende indsatser var hensigten at søge bredt på kroniske sygdomme generelt, men da flere sygdomme bliver kategoriseret under enten type 2-diabetes, KOL eller hjertekarsygdom blev disse diagnoser ligeledes tilføjet som sygdomsspecifikke søgetermer. I forlængelse af formålet med at frembringe mulig litteratur på området for derved at belyse studier på området blev ligeledes både søgt efter kvalitative og kvantitative studier, for ligeledes at kunne kommentere på fordelingen af studierne i forhold til deres metodiske tilgang. Herudover blev der i litteratursøgningen taget udgangspunkt i litteratur på engelsk, dansk, norsk eller svensk. Engelsk bliver anvendt, da det er det sprog, hvor de fleste artikler publiceres i de anvendte databaser og de øvrige sprog er udvalgt til at fange relevante studier, der måske ikke er oversat. Den tidsmæssige afgrænsning er valgt for at fremfinde nyere studier på området. Endeligt ekskluderes studier fra lande, der samfundsmæssigt og kulturelt adskiller sig væsentligt fra Danmark, da det vurderes at disse faktorer kan have betydning i forhold studierne resultater og dermed overførbareheden til dansk kontekst.

Endelig blev studier, der kulturelt og samfundsmæssigt adskilte sig fra Danmark ekskluderet, da det blev vurderet at disse forhold kunne have haft betydning for de opnåede resultater samt fortolkningerne heraf og dermed også være svære at overføre

til dansk kontekst. I forlængelse af dette valg er studier, der omhandler specifikke etnicitet om eksempelvis 'hispanic' ekskluderet. Da forebyggende indsatser og også projektet, som denne opgave undersøger udbytte i forbindelse med er rette mod den generelle befolkning er studier, der er arbejdspladsbaseret ligeledes ekskluderet. Yderligere blev studier omhandlende patientgrupper eller forløb for diagnosticerede personer ekskluderet, fordi fokus er på forebyggelse af sygdommes opståen og ikke på forbedring af sygdomstilstand.

Resultater af søgningen

Søgningerne er blev udført i perioden d.14. april – d. 13. maj 2016. Den samlede søgning i de seks databaser har resulteret i 1096 resultater, hvoraf 26 (dubletter sorteret fra) blev udvalgt til videre gennemlæsning. Endelig blev 21 artikler udvalgt til at belyse, hvordan studier, der arbejder med forebyggende indsatser måler udbytte. Følgende Tabel 8 giver en oversigt over antallet af hits i de anvendte databaser. Kolonnen 'Antal artikler' angiver det totale antal hits i den pågældende database. 'Antal udvalgt til gennemlæsning' dækker over den udvælgelse, der er lavet på baggrund af titel og abstract og endelig er der under kolonnen 'Antal udvalgte' de endelige udvalgte studier fra den systematiske litteratursøgningen.

Tabel 8 - Oversigt over antal udvalgte studier

Database	Antal artikler	Antal udvalgte til gennemlæsning	Antal udvalgte
Pubmed	96	4	3
Cochrane	337	12	11
Embase	310	8	6
Scopus	303	10	9
Cinahl	44	2	2
Sociological Abstracts	6	1	1
I alt	1096	26*	21

*tallet angiver det faktiske antal på studier udvalgt til gennemlæsning, hvor dubletter, der fremkommer flere gange er sorteret fra

Strategi for gennemgang og udvælgelse af litteratur

Litteraturen blev vurderet efter kriterierne: relevans, gyldighed, anvendelighed samt de føromtalte konkrete in- og eksklusionskriterier. Vurderingen af de kvalitative studier er sket med inspiration fra Malteruds guideline til indhold i kvalitative studier samt VAKS (Vurdering Af Kvalitative Studier), hvor fokus har været på studiernes troværdighed, overførbarhed, konsistens og transparens (69,70). Herudover er der ligeledes hentet inspiration fra STROBE ved gennemgang af case-kontrol samt tværsnitstudier.

Bilag 3 – Invitationsbrev

Kære ...

Jeg henvender mig til dig for at spørge om du vil deltage i et interview om dine oplevelser med det opfølgende tilbud *Tjek på Vægten*, som Randers Kommune tilbyder i forlængelse af helbredstjekket Tjek dit Helbred.

Interviewet er en del af mit specialeprojekt på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Aarhus Universitet. I specialet undersøger jeg tidligere deltagers oplevelser og erfaringer med at integrere *Tjek på Vægten* i deres hverdag. Derfor inviteres du til dette individuelle interview, som kommer til at omhandle dine oplevelser og erfaringer med at være med i *Tjek på Vægten*.

Interviewet vil vare omkring 30-60 min. og vil enten finde sted i dit hjem eller i Randers Sundhedscenters lokaler på Biografgade 3, 8900 Randers C.

Jeg vil meget gerne have lov til at optage interviewet på bånd, så jeg derefter kan have mulighed for at udskrive og bruge den i min analyse i specialet. Hvis det er et ønske, kan du efterfølgende få mulighed for at gennemlæse udskriften. Det vil i specialets skriftlige produkt ikke være muligt for andre, at vide hvem du er, da data vil blive brugt anonymt.

Foruden dig vil 5-6 andre borgere også blive interviewet omkring deres oplevelser af *Tjek på Vægten* i deres hverdag.

Din deltagelse er frivillig og du kan når som helst trække dig fra interviewet.

Hvis du har lyst til at deltage i interviewet eller har uddybende spørgsmål, kan du kontakte mig på telefon 22250621 eller pr mail gul.sakal@post.au.dk

Svarfrist senest d. xx.xx 2016

Jeg ser frem til en positiv tilbagemelding.

Med venlig hilsen

Gül Sakal

Kandidatstuderende på Folkesundhedsvidenskab, Aarhus Universitet.

Bilag 4 - Interviewguide

Interviewguide

Interviewguiden er opbygget således, at der i den første kolonne fremgår temaer udvalgt på baggrund af udvalgt teori i opgaven. I den anden kolonne fremgår de spørgsmål, der bliver stillet til deltageren, imens tredje kolonne virker som en hjælpekolonne, der indeholder spørgsmål til uddybning af det sagte eller til eksemplificering af mulige områder, deltageren kan tænke på ift. eksempelvis omgivelser. Opbygningen af interviewguiden er foretaget dels med afsæt i anbefalinger fra bogen 'Interview' af Kvale og Brinkmann, dels med inspiration fra interviewguides fra undervisningen samt ud fra samtale med vejlederen (75). Interviewet indledes med følgende indledning, som fremgik i den version, som blev brugt under interviewene, hvorefter samtykkeerklæringen blev fremvist, læst igennem og underskrevet af deltageren.

I forbindelse med mit speciale er jeg interesseret i at undersøge tidligere deltagers oplevelse og erfaringer med tilbuddet Tjek på Vægten. Jeg vil gerne høre om dine erfaringer/oplevelser med at integrere tilbuddet i din hverdag og hvordan det generelt har spillet sammen med din dagligdag.

Husk samtykkeerklæring

Temaer	Interviewspørgsmål	Uddybende spørgsmål
Indledning (opvarmning)	Vil du begynde med at fortælle, hvad der fik dig til at melde dig til/sige ja tak til tilbuddet i Tjek dit helbred ved Randers Kommune?	
Health Literacy Kompetencer Bruge og fortolke sundhedsinformation	Føler du at forløbet har givet dig nogle redskaber, som kan integreres i hverdagen? (kan bruges i hverdagen) Kan du fortælle lidt om dine erfaringer med ændring af vaner eller måder at gøre tingene på i hverdagen? Vores hverdag er fyldt med alle mulige informationer om sundhed – Er det blevet nemmere for dig at sortere i den information, som du får om sundhed? Hvis kontakt med sundhedsvæsen! Har forløbet styrket dig i at snakke med lægen om din sundhed ?	Kan du fortælle lidt om dem? Evt. nogle bevidste ændringer du har foretaget dig? Give eks? El. beskrive de redskaber og hvordan du har brugt dem i hverdagen? For eksempel gennem hjemmesider på nettet, facebook med flere Ex bedre til at give udtryk for probl, at reflektere over din situation og se kritisk på info

HL + empowerment	Føler du at du efter at have deltaget i tilbuddet har større trivsel og mere selvværd? Er der sket ændringer i dine kost- og motionsvaner?	Hvis ja, hvad har været med til at påvirke den positive ændring?
Hverdagslivsteori Samspil med hverdag	Hvordan spillede det sammen med din hverdag?	De daglige gøremål, arbejdet, familien, vennerne?
Kultur/samf – omg. betydning	Har det været let nok at bruge de råd, du har fået i din hverdag?	Hvordan har du gjort det? Hvad har været nemt/svært?
	Hvad tillægger du selv af betydning for din livsstilsændring? Hvilke andre ting end deltagelsen har spillet ind på denne ændring?	Det kan være forhold i din familie, arbejde, venner el.?
	Hvordan har dine omgivelser påvirket dig i perioden? Hvilken rolle har familien haft under forløbet?	Støttende el. svært at tilpasse ændringerne til familien? Har du børn? Hvordan ha de reageret på det?
Livsstil nu ift. tilbuddet	Hvordan har din deltagelse i tilbuddet påvirket familien?	Ændrede kost/motionsvaner derhjemme? Tanker omkring sundhed og sund livsstil?
Livsstil nu ift. tilbuddet	Vil du fortælle lidt om din livsstil i dag? Hvor stor en betydning har Tjek på Vægten i din livsstil i dag?	Påvirker den stadig den måde du tænker din sundhed på i dag?
Afsluttende	Vi skal til at afslutte interviewet nu. Er der ellers noget der er vigtigt for dig, som jeg ikke har spurgt ind til? Noget du har lyst til at tilføje eller fortælle mere om?	

Bilag 5 – Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Bekræftelse om deltagelse i individuelt interview

Ja, jeg vil gerne deltage i et interview om mine erfaringer og oplevelser med *Tjek på Vægten* ved Randers Kommune.

Jeg er skriftlig og mundtligt orienteret om, at interviewet vil blive optaget, og at det vil blive behandlet fortroligt, så jeg ikke kan genkendes i den afsluttende skriftlige fremstilling.

Jeg er bekendt med, at min deltagelse er frivillig, og at jeg til enhver tid kan trække mit tilsagn tilbage.

Dato: _____

Navn: _____

Underskrift: _____